Rok LI. Kraków, dnia 27. stycznia 1912. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Powróćmy znów do techniki wytwarzania odmy przez nakłucie — do niektórych szczegółów ważnych.

Nakłucia dokonywamy najczęściej w dolnych międzyżebrzach, ponieważ tam najcieńszą jest warstwa mięśniowa, więc np. w 6. do 8. międzyżebrzu w liniach pachowych; zbyt nizko nakłuwając, możemy przebić się do jamy brzusznej, szczególniej przy skurczonem płucu, t. j. przy wysoko ustawionej przeponie. Jeśli wypada wytwarzać odmę wielokomorową, nakłuwa się nietylko dolne, ale i wyżej leżące międzyżebrza, pamiętając — rzecz prosta — zawsze o stosunkach anatomicznych danej okolicy.

Przed nakłuciem prześwietlamy raz jeszcze chorego i staramy się przy tem oznaczyć na skórze chorego te miejsca dolnych części klatki piersiowej, które odpowiadają niezmienionej, lub mniej gruźlicą zajętej okolicy płuca i opłucnej. Tak dokonane nakłucie najmniej naraża na skaleczenie chorego płuca i najwięcej daje szans znalezienia szpary jamy opłucnej.

Ponieważ niewolno rozpocząć insuflacyi, dopóki nie jesteśmy pewni, że ostrze igły jest w jamie opłucnej — przeto manometr jest tą busolą, która nas wiedzie podczas nakłuwania klatki piersiowej.

Zasługą Brauera i jego szkoły jest wystudyowanie stosunków manometrycznych przy sztucznej odmie.

W warunkach fizyologicznych obie opłucne — jak już o tem mówiłem — ściśle do siebie przylegają we wszystkich fazach oddechowych; niema więc właściwie wtedy żadnej jamy opłucnej w ścisłem tego słowa znaczeniu. Dopiero gaz, płyn, guz — stwarzają przestrzeń, w której panuje ciśnienie ujemne.

Wielkość tego ciśnienia ujemnego jest — według Muralta — w różnych okolicach jamy opłucnej różna (im dalej od wnęki płuca — tem jest ono większe); wielkość ta jest również zależna od cech osobniczych (wiek, wzrost i t. p.). Ciśnienie zależy też od ułożenia chorego; np. przy leżeniu na brzuchu jest większe, niż przy leżeniu na krzyżu.

Średnie wahania ciśnienia u osobnika średniego wieku, w wolnej od zrostów jamie opłucnej tak się przedstawiają: Przy oddychaniu spokojnem w obu okresach oddechowych — ciśnienie ujemne z wahaniami wielkości 6 – 8 cm[1]). Przy oddychaniu wysiłkowem wahania te dojść mogą do 20 cm wody, przyczem w czasie wydechu ciśnienie dochodzi do 0, a nawet nieco ponad 0, t. j. staje się słabo dodatniem. Jeśli oddech zatrzymać w okresie wdechu czy wydechu, ciśnienie podczas trwania pauzy oddechowej pozostaje bez zmiany na wysokości, właściwej danemu okresowi oddychania. Kaszel wywołuje nagłe i wysokie wzniesienie się słupa wody ponad 0.

Jeśli istnieją zrosty opłucnej, co jest zjawiskiem najczęstszem u chorych, kwalifikujących się do leczenia odmą sztuczną, mierzymy ciśnienie, panujące w jamie zmniejszonej, ograniczonej zrostami; otrzymujemy wahania manometru o wiele mniejsze, niż wykazane wyżej, zarówno przy oddychaniu spokojnem, jak i podczas oddychania wysiłkowego i kaszlu.

Wraz z napełnieniem jamy opłucnej gazem ciśnienie ujemne staje się coraz mniejszem: dzieje się to stopniowo — jeśli jama opłucnej była zupełnie wolna; dzieje się szybko — jeśli reinsuflujemy do jamy otorbionej, do przestrzeni mniejszej; w pierwszym przypadku wielkość wahań zmniejsza się w tempie powolnem, w drugim — w tempie szybkiem.

Zasadniczy charakter wahań manometrycznych jamy opłucnej polega na tem, że ciśnienie wydechowe jest wyższe, niż ciśnienie wdechowe; ta cecha zasadnicza ulega niekiedy w przebiegu odmy zmianie: ciśnienie staje się wyższem przy wdechu.

Przyczynę tego paradoksalnego zachowania się ciśnienia tak tłumaczą: Gaz zawarty w jamie opłucnej uciska nietylko na płuco, ale też na śródpiersie i przeponę. Śródpiersie zostaje (mniej lub więcej — zależnie od jego ruchomości, ustępliwości, od zrostów) usunięte w stronę drugiego płuca; przepona zostaje zepchnięta ku dołowi i przestaje towarzyszyć płucu w jego ruchach oddechowych, przestaje być czynną. W tych warunkach zmniejszenie się ciśnienia — w klatce piersiowej pełnej gazu — podczas wdechu — przysysa zwiotczały mięsień przepony; jednocześnie zaś wzmożona praca drugiej połowy przepony (ze strony płuca zdrowego) wywołuje przy wdechu zwiększone ciśnienie jamy brzusznej i ze swej strony sprzyja wtłoczeniu zwiotczałej części przepony do klatki piersiowej. Przyssane zostaje

[1]) Cyfry oznaczają zawsze różnicę między wysokością obu słupów wody, resp. rtęci.

też — mniej lub więcej — i śródpiersie, o ile jest ruchome; a oba te czynniki wywołują nagłe zmniejszenie się jamy zawierającej gaz, t. j. wzrost w niej ciśnienia.

Te same warunki sprawiają, że podczas rentgenoskopii widujemy w różnych okresach oddechu zmienną wielkość odmy; widujemy też paradoksalne ruchy przepony, zarówno przy jednoczesnych paradoksalnych wahaniach manometru, jak i przy jednoczesnych prawidłowych wahaniach.

Jeśli wahania ciśnienia paradoksalne otrzymamy już przy wytwarzaniu odmy — świadczą one o tem, że zamiast do jamy opłucnej wbiliśmy igłę pod przeponę; zdarzyć się to może np. przy marskości płuc i wysokiem ustawieniu się przepony.

Do jakich cyfr pozytywnych, do jakiej wysokości ciśnienia manometrycznego dodatniego w jamie opłucnej dojść należy (czy też: wolno) przy reinsuflacyach — tego powiedzieć ogólnikowo niepodobna, ponieważ wielkości te nic same przez się nie mówią. Inne zupełnie ma znaczenie ciśnienie + 6 w jamie wolnej, inne — w jamie otorbionej, której wielkość może być przecież tak rozmaita.

To też zarówno przy insuflacyi, jak i przy reinsuflacyach kierować się należy objawami podmiotowymi (uczucie duszności, uczucie ucisku tępego, bóle), jak i przedmiotowymi (zmiany w tętnie, w częstości oddechu, a głównie: obraz radiologiczny).

Muralt tak o tej sprawie mówi: »Kiedy płuco chore jest poddane najwyższemu uciskowi — bez uszczerbku dla czynności płuca zdrowego i narządów krążenia — jesteśmy przy optimum pożądanego i dozwolonego ciśnienia«. Od siebie dodam: »i bez uszczerbku dla czynności narządów trawienia«, o czem więcej, gdy będzie mowa o powikłaniach.

Wahania manometryczne ostrzegają nas o błędach technicznych. Tak np. jeśli ostrze igły dostało się w luźny zrost opłucnej, możemy otrzymać w pierwszej chwili jakieś minimalne wahania ujemne, ale już po niewielkiej ilości wpuszczonego gazu stają się one dodatniemi i to bardzo wysokiemi. Jeśli igła jest w płucu, jej światło komunikuje z powietrzem oskrzeli (o ile — rzecz prosta — nie jest w tkance śródmiąższowej płuca); ruchy oddechowe dają wtedy wyraźne i duże wahania manometru, ale wahania te są równej wielkości pod i nad zerem manometru; wpuszczenie (gdybyśmy to uczynili!) gazu nie podniesie ciśnienia, bo gaz ujdzie przez oskrzele.

Jeśli igła jest w tętnicy, krew zostaje do igły wtłoczona, a manometr powoli podnosi się ponad 0; o wyjątkowej możliwości przyssania zawartości igły przez żyłę mowa była wyżej; wtedyby naturalnie manometr wykazał ciśnienie w kierunku in minus.

Jeżeli przy którejś kolejnej reinsuflacyi pomiar manometryczny wskaże, że ciśnienie w jamie opłucnej stało się większe, aniżeli niem było po reinsuflacyi poprzedzającej (powinno być mniejsze, bo część gazu wessała opłucna), natenczas przypuszczamy wytworzenie się wysięku w opłucnej, sprawy dosyć częstej w przebiegu odmy sztucznej. Wytworzony wysięk zmniejszył rozmiary jamy i przez to zwiększył w niej ciśnienie gazu. Dodam, że badaniem fizycznem nie wykrywamy nieraz tego wysięku, że wykazuje nam wtedy jego obecność dopiero badanie radiologiczne, które podejmujemy właśnie dzięki wskazówce ze strony manometru.

Nie miałem jeszcze sposobności mówienia o tem, że w planie leczenia gruźlicy płuc zapomocą odmy sztucznej można mieć na celu albo (o czem dotąd ciągle była mowa) unieruchomienie płuca, albo tylko jego zapadnięcie się (collapsus pulmonis).

Z chwilą bowiem, kiedy wprowadzony do opłucnej gaz rozerwał spójność opłucnej ściennej z płucem, z tą chwilą płuco zapada się, jego objętość zmniejsza się szybko, wcale nieproporcyonalnie do ilości gazu wpuszczonego; ta ilość nie mogłaby wcale tak dalece płuca ucisnąć. Że płuco ze swego stanu napięcia, w jakiem pozostaje przed rozsunięciem obu opłucnych, zapada się pod wpływem względnie niewielkich ilości gazu, uczy znów obserwacya manometryczna. Nieznaczne ciśnienie ujemne, jakie znajdujemy przed i bezpośrednio po wytworzeniu odmy, staje się, np. nazajutrz, znacznie większem; nic innego zajść tu nie mogło (szczególniej, jeśli nie możemy przypuścić, by małe ilości gazu rozerwały na jakiejś znacznej przestrzeni istniejące zrosty i to w ciągu doby!), jak tylko powiększenie się jamy opłucnej dzięki zapadnięciu się, t. j. zmniejszeniu objętości płuca.

Ażeby skończyć z różnicą między stanem zapadnięcia się płuca, a stanem uciśnięcia i unieruchomienia, powiem, że Forlanini, Saugman i wogóle stronnicy poglądów pierwszego dążą do stałego i niezmiennego uciśnięcia i unieruchomienia płuca; ale fakt, że co pewien czas gaz odnawiać należy, bo zostaje wessany, mówi nam o niemożliwości utrzymania płuca w stale jednakowym ucisku; stopień tego systematycznie maleje od chwili jednej reinsuflacyi, aż do następnej. Forlanini jest jednak w zgodzie ze swymi poglądami teoretycznymi, uważając wywołanie stanu zapadnięcia się płuca bez następczego systematycznego dążenia do jego zupełnego uciśnienia — za błąd, za zabieg szkodliwy, bo zmniejszający, a nie znoszący ruchomości płuca.

Niemniej praktyka wykazuje, że samo zapadnięcie, t. j. zmniejszenie ruchomości, może niekiedy wpłynąć zbawiennie na przebieg gruźlicy, a w każdym razie ten właśnie stan zmniejszonej ruchomości stanowi często punkt zwrotny w przebiegu choroby; bo widziałem np. poprawę w przebiegu choroby po jednej, dwu insuflacyach, t. j. kiedy conajwyżej mogła być mowa dopiero o zapadnięciu płuca.

W zasadzie jednak należy zostać, aż do badań i spostrzeżeń dalszych, przy dążeniu do unieruchomienia płuca w danych warunkach osiągalnego.

Tu nasuwa się zaraz pytanie: jak często osiągnąć możemy zupełne uciśnięcie, całkowite unieruchomienie całego płuca, odmę piersiową doskonałą.

Względnie rzadko. W większości przypadków mamy jako wynik leczenia odmę niedoskonałą; pozostaje okolica płuca nieuciśnięta, bo tak mocno z opłucną ścienną zlutowana, że nawet wprowadzanie gazu pod ciśnieniem 70—80 mm rtęci, nawet osiągnięcie wysokiego ciśnienia wewnątrz jamy, zrostów nie rozrywa. A rozmiary tego obszaru wolnego od ucisku bywają różne, dochodzą do rozmiaru całego płatu, przy jednoczesnej poprawie stanu chorego. Rzecz prosta, że wszystko tu zależy od przypadku: czy uciskowi zupełnemu uległy najciężej schorzałe okolice płuca, czy też one właśnie ucisnąć się nie dały.

Trudno więc odpowiedzieć na pytanie, kiedy uważać należy odmę za dostatecznie wielką, by ją stale podtrzymy-

wać, kiedy zaś, przekonawszy się, że płuca całkowicie nie uciska, dalszego odnawiania odmy zaniechać.

Na ogół powiedzieć wolno, że jeśli po jakich 10 reinsuflacyach nie otrzymaliśmy odmy doskonałej lub prawie doskonałej, t. j. uciskającej prawie całe płuco, leczenia odmą zaniechać należy, chyba że istniejąca odma częściowa dała wyraźne i niedwuznaczne objawy poprawy stanu zdrowia. W tym razie wolno przypuszczać, że uciśnięte zostały okolice płuca, będące w danej chwili ogniskiem głównem (czy jedynem, sprawdzić często możemy przez badania rentgenologiczne) czynnej sprawy chorobowej, i uważać odmę za niedoskonałą anatomicznie, ale za wystarczającą fizyologicznie. Taką odmę podtrzymywać należy [1]).

Przyczyną nieudania się odmy są głównie zrosty płuca z opłucną. Im większa jest ich powierzchnia, tem trudniej znaleźć wogóle wolną szparę w opłucnej, tem trudniej wytworzoną odmę komorową powiększać przez powolne rozrywanie zrostów azotem, tem mniej szans zupełnego lub dostatecznego uciśnięcia płuca.

Ucisk, jaki w celu rozrywania zrostów stosujemy, potęgując (bardzo stopniowo, choćby ze względu na bóle, jakie to postępowanie sprawia choremu) ciśnienie gazu w jamie opłucnej, może choremu zaszkodzić przez rozerwanie zrostu mocniej unaczynionego (krwotok); przez rozerwanie zrostu zawierającego ognisko zarazków; przez wywołanie pęknięcia jamy, która w płucu uciśniętem, t. j. w płucu, którego powierzchnię sztucznie zbliżamy do wewnątrz leżących jam, leży dosyć blizko jamy opłucnej (zakażenie opłucnej). Są to przypadki zgoła przewidzieć się nie dające, ale ostrzegające przed stosowaniem gwałtownego, szybko wzmagającego się ciśnienia.

Mówiliśmy przy opisie techniki wytwarzania odmy o użyciu strzykawki. Zdarzyć się może, że założona do igły Saugmanowskiej strzykawka wykaże obecność wysięku w opłucnej. Jest to pod względem technicznym okoliczność ułatwiająca założenie odmy (już w tym razie bez możności kontrolowania ciśnienia manometrem); odłączywszy strzykawkę i nie zmieniając położenia igły, zaczynamy insuflacyę azotu.

Zamiast azotu (resp. tlenu, powietrza), proponowano do opłucnej wprowadzać płyny, np. oliwę, fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Bóle, stan zapalny opłucnej, a głównie niemożność kontrolowania postępu odmy zapomocą manometru, kazały zarzucić tę metodę, którą jednak proponuje ponownie Holmgren w celu rozrywaniu zrostów.

Jak często powtarzać reinsuflacye, to zależy od czynników, o których mówiłem przy rozpatrywaniu stosunków ciśnienia w jamie opłucnej. Jeśli przy wytworzeniu odmy wpuściliśmy gazu 200—300 cm^3 (tlenu około 20—50, resztę azotu), to już nazajutrz reinsuflujemy; wgnieść możemy wtedy do 500 cm^3 azotu i więcej. Zawsze jednak przerwać należy wpuszczanie azotu, jeśli chory zacznie się skarżyć na tępy ucisk, lub na ból ostry. Następnie reinsuflacye powtarzamy co 2—3 dni, dopóki badanie nie wykaże, że płuco jest uciśnięte; wtedy reinsuflujemy raz na tydzień; po miesiącach — raz na dwa, trzy lub cztery tygodnie. Te terminy podlegają wahaniom, zależnym głównie od tak osobniczej i nieobliczalnej własności opłucnej — wchłaniania azotu, własności, która na ogół z postępem czasu maleje, — zależnym od wahań w ilości wysięku, od postępu rozrywania się zrostów (pęknięcie zrostu może nagle bardzo powiększyć rozmiary odmy komorowej).

Jak długo leczyć wogóle chorego odmą? Niemniej na ogół niż rok, najczęściej do 2 lat, a nawet dłużej. Już sama nowość metody nie pozwala na określenie terminu; jak wszystko w tem postępowaniu leczniczem, (jak wogóle w każdym przypadku »klinicznie wyleczonej« gruźlicy), tyle czysto osobniczych warunków gra tu rolę, że żadnych prawideł ogólnych wypowiedzieć w tej sprawie nie wolno.

By już zakończyć ze szczegółami techniki, powiem jeszcze parę słów o tem, jak ogół lekarzy, nie zajmujących się specyalnie tą metodą, dopomódz musi chorym odmą leczonym.

Idealnem miejscem leczenia odmą jest sanatoryum, choćby dla dobra płuca »lepszego«; co najmniej już szpital. Ale ani w sanatoryum, ani w szpitalu chorzy pozostawać przez cały czas tak długiego leczenia nie mogą; udają się do domów, nieraz położonych poza obrębem miejsca zamieszkania lekarza, który odmę wytworzył; wyjeżdżają latem na wieś, jeżdżą w sprawach osobistych lub zawodowych. Udział więc lekarzy praktyków jest koniecznością, od której nieraz zależy powodzenie leczenia, bo jeśli raz pozwolimy wessać się całej odmie, to powtórne jej wytworzenie może się okazać niewykonalne.

Reinsuflowanie przy istniejącej odmie jest rzeczą prostą, łatwą. W tym celu należy tylko znać i rozumieć istotę metody, starannie chorego obserwować i w czasie właściwym gaz do opłucnej wpuszczać. Całe instrumentaryum potrzebne składa się z opisanego wyżej, tak prostego, przyrządu Spenglera i manometru wodnego, który sobie zrobić możemy z dwu rur szklanych, osadzonych na podstawce pionowo ustawionej, u dołu połączonych króciutkim wężem gumowym. Podziałki manometru (skala metryczna) pozwolą na oryentowanie się, które tu polega przedewszystkiem na tem, by: 1) za każdym razem sprawdzić, czy igła jest w jamie opłucnej; 2) czy ciśnienie gazu w jamie nie jest zbyt wysokie (przed zabiegiem), czy nie podniosło się od ostatniego pomiaru (wystąpienie wysięku; można reinsuflacyę odwlec).

Ponieważ opłucna z czasem coraz mniej chciwie gaz wchłania, w braku azotu można reinsuflować powietrzem (o technice mówiłem wyżej).

Igłą do nakłucia najlepszą jest igła Saugmana (kosztuje 7·5 koron duńskich w Kopenhadze; adres wyżej podałem), bo jest trwała, a przytem pozwala (nawet bez pomocy manometru) na sprawdzenie, czy jej ostrze znajduje się w wolnej jamie: sztylet igły wystaje wtedy o 1 centymetr, nie napotykając przed otworem ostrza żadnej zapory. W braku tej igły, łączymy węża z igłą strzykawki, służącej do wstrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej (grubego węża przyrządu łączymy z cieńszym wężem, pasującym do igły, przy pomocy rurki szklanej o jednym końcu grubym, drugim cieńszym, przy pomocy np. szklanej kanki irygatora).

[1]) Jeśli otrzymana odma komorowa rozszerzyć się nie daje, próbujemy założyć dwie, trzy oddzielne odmy komorowe i w ten sposób wytworzyć niedoskonały anatomicznie ucisk płuca, który jednak może być fizyologicznie dostateczny.

O innych szczegółach reinsuflacyi już obszernie mówiłem.

Jak więc z powyższego widać, każdy lekarz-praktyk reinsuflować może chorych leczonych odmą sztuczną, o ile tylko zabieg wykonywać będzie powoli, trzymając się zasad wyżej szczegółowo umotywowanych.

Przy opisie techniki wytwarzania odmy piersiowej miałem już sposobność mówić o powikłaniach, jakie temu zabiegowi mogą towarzyszyć. Jest ich niemało. Ale zdumienie ogarnia przy czytaniu opisu tego zabiegu przez Leureta (z Bordeaux); przytaczam ten ustęp w oryginale, by oddać wiernie ton i myśl autora: »La creation du premier pneumothorax est une operation fort dramatique; dès que l'air pènètre dans la plèvre, un point de côté violent est ressenti par le malade, qui devient anhèlant; la respiration superficielle, le pouls rapide, petit, quelquefois même incomptable, la cyanose des lèvres, le refroidissement des extrèmités indiquent la tendance au collapsus cardiaque et il m'a fallu constamment avoir recours aux injections de toniques cardiaques pour relever la circulation et souvent aux injections de morphine pour calmer le point de côté« [1]).

Otóż cały ten opis jest niesłychanie przesadny, a nawet nieprawdziwy. Ukłucie igłą ostrą Saugmana nie jest więcej bolesne od ukłuć dokonywanych codziennie w celach rozpoznawczych; stosowałem z początku mej w tym kierunku praktyki morfinę, ale zaniechałem tego, jako zabiegu zbytecznego (chociaż nie wyrzekam się go dla chorych bardzo bojaźliwych). Ból odczuwa chory dopiero z chwilą rozrywania zrostów, t. j. po wpuszczeniu jakiejś już większej ilości gazu, ból przeważnie tępy, ból rozpierający, który się potęguje po przestaniu insuflacyi, ponieważ gaz w jamie opłucnej rozszerza się pod wpływem ciepła ustroju. Duszności chory podczas zabiegu nie odczuwa wcale, chyba że mu pod wielkiem ciśnieniem wtłaczać gaz przy wytwarzaniu odmy, co jest wręcz błędem, i to błędem bardzo ciężkim; opłucna powinna raczej przysysać gaz, który wtłaczać będziemy dopiero przy następnych reinsuflacyach. Duszność odczuwa chory dopiero wstając ze stołu, ubierając się, a potem chodząc, ruszając się, ale nigdy podczas prawidłowego wytwarzania odmy. Tętno staje się szybszem i takiem przez czas dłuższy lub krótszy po zabiegu zostaje; ale tylko wyjątkowo dochodzi do wyraźnych objawów upadku działalności serca. W jedynym przypadku u ciężko chorego (przypadek jedenasty) były objawy lekkiego omdlenia — już po zakończeniu zabiegu, po wstaniu ze stołu; tętno było przy tem niezłe.

Dopiero w dalszym przebiegu leczenia odmą występują wspomniane objawy — zależnie od stopnia ucisku serca, od przesunięcia większych pni naczyniowych, nieczynności przepony, stopnia ciśnienia dodatniego w jamie opłucnej; wtedy widujemy duszność przy każdym ruchu (lub dopiero podczas ruchu wysiłkowego), bóle tępe rozpromieniające się na ramię, bóle w dołku podsercowym itp.

[1]) Wytworzenie odmy jest zabiegiem bardzo wstrząsającym; z chwilą dostania się gazu do opłucnej, chory odczuwa ból mocny w boku i duszność; oddychanie powierzchowne, tętno szybkie, małe, czasem niepoliczalne, sinica warg, zimne kończyny świadczą o grożącym zapadzie; uciekać się musiałem do środków sercowych, by pobudzić krążenie i do wstrzyknięcia morfiny, by uspokoić bóle.

Są to wszystko powikłania zwykle niegroźne, z których natężeniem liczyć się jednak należy, ponieważ dają nam one wskazówki o sile ucisku, jaki odma wywiera na narządy klatki piersiowej. Zdarzyć się nawet może, że nasilenie tych objawów zmusi nas do wypuszczenia części gazu przez nakłucie klatki igłą otwartą (lub przyssanie gazu zapomocą przyrządu Spenglera, który wtedy ustawiamy w sposób odwrotny do stosowanego przy insuflacyi). Powodem do takiego częściowego wypuszczenia gazu z opłucnej może być nagle powiększający się wysięk opłucny, chociaż właściwszym w tym razie zabiegiem będzie wypuszczenie płynu,

Powikłaniem cięższem odmy piersiowej jest odma podskórna, podpowięziowa, śródzrostowa, lub śródpiersiowa.

Jeżeli gaz zamiast do opłucnej wtłoczymy pod skórę lub pod powięź piersiową — powstanie odma powierzchowna; częściej jednak powstaje ta postać odmy wskutek przedostawania się gazu z jamy opłucnej przez otwór po nacięciu lub po igle. Szczególnie częstą jest ta postać odmy po zabiegu Brauera, ponieważ otwór jest tu wielki, a nałożone szwy nigdy go dosyć szczelnie zamknąć nie mogą; ale i po ukłuciu metodą Forlaniniego odma podskórna i podpowięziowa powstać może.

Odma podskórna objawów burzliwych nie sprawia; trzeszczenie pod palcami przy naciskaniu skóry, nawet jej obrzmienie, trzeszczenie przy osłuchiwaniu, zasłaniające sobą wszelkie inne objawy osłuchowe, duszność — są objawami odmy podskórnej, która nieraz zajmuje całą połowę klatki, aż do szyi. Odma podpowięziowa, o wiele rzadsza, nie daje tak wyraźnych objawów przedmiotowych, natomiast podmiotowo jest przykrzejsza; bóle, trudność oddychania, przydźwięk bębenkowy przy opukiwaniu, mogą dać złudzenie odmy opłucnej. Ta postać podpowięziowa odmy szerzy się i na przeciwległą stronę klatki piersiowej, szczególnie w okolicy nadobojczykowej. Obie opisane postacie nie grożą żadnem niebezpieczeństwem, mijają po dniu lub dwu bez śladu.

Odma śródzrostowa jest wynikiem wprowadzenia pod ciśnieniem gazu do zrostu; bóle, wysokie cyfry manometru wskazują na to powikłanie, które też skutków ujemnych za sobą nie pociąga.

Inaczej z odmą śródpiersiową. Gaz, który z tkanki śródmiąższowej płuc lub wzdłuż naczyń podopłucnych dostaje się do śródpiersia tylnego, a stąd znów wzdłuż naczyń i tchawicy do okolicy szyjnej, uciska ważne narządy i staje się powodem uczucia silnej duszności, trudności połykania, sinicy, niepokoju. Jakkolwiek bezpośredniego niebezpieczeństwa i tu nie ma, objawy mogą mieć charakter groźny, a w każdym razie to powikłanie uniemożliwia dalsze stosowanie odmy piersiowej leczniczej.

Skutki wspomnianej już poprzednio omyłki technicznej, polegającej na wprowadzaniu gazu pod przeponę, nazywają odmą brzuszną; przez uniesienie przepony i zepchnięcie wątroby względnie żołądka powstać mogą objawy duszności i zaburzeń trawiennych, które stopniowo bez szkody mijają.

Uniknąć odmy śródpiersiowej, jak i śródzrostowej, można przez ścisłe przestrzeganie wszystkich wyżej podanych przepisów techniki. Co się tyczy odmy powierzchownej, podskórnej i podpowięziowej, to zgodnie z dwoma źródłami jej powstania różne są środki zapobiegawcze. Po pierwsze, nie należy ani igły wprowadzać, ani jej z opłu-

cnej wyjmować wtedy, kiedy gaz, znajdujący się w świetle igły, pozostaje pod ciśnieniem. Po drugie: należy szczelnie zamknąć otwór nakłucia, by się przezeń gaz na zewnątrz nie mógł przedostać. Początkowo uciskałem miejsce nakłucia mocno; nakładałem na międzyżebrze cienką rurkę gumową, w dwoje złożoną i na końcach związaną; był to rodzaj podłużnej peloty, zawierającej powietrze; wciśnięta głęboko i umocowana przylepcem miała zapobiegać tworzeniu się odmy podskórnej. Obecnie w tym celu wystarcza mi wyłącznie bardzo wolne wyciąganie igły po zabiegu; warstwa za warstwą nasuwają się tkanki na otwór ukłucia i to najzupełniej zabezpiecza od odmy podskórnej. Po wyjęciu igły nakładam na rankę kawałek gazy, którą umocowuję przylepcem (lub mastisolem). Wreszcie, jeśli chory ma silne podrażnienia kaszlowe, które mogą wypchnąć gaz z opłucnej, dawać mu trzeba w dniu insuflacyi narkotyki.

Groźne niebezpieczeństwo powikłania przez zator gazowy zdarza się coraz rzadziej, wraz z udoskonaleniem się techniki i rozszerzaniem doświadczenia lekarskiego. Objawy zatoru gazowego zależą od jego usadowienia się w sercu lub — najczęściej — w mózgu. Objawy tego powikłania mogą być bardzo różne, zarówno co do natężenia, jak i trwania. Nagły zgon, zgon po paru godzinach lub dniach, porażenia, drgawki, przykurczenia itp. są skutkiem takiego zatoru. O zapobieganiu była mowa wyżej, przy opisie techniki

Ogół powyżej wyliczonych objawów przypisuje Forlanini nie zatorowi, mniejszemu lub większemu, ale odruchowi ze strony opłucnej, przez gaz podrażnionej; objawy tego odruchu nazywa terminem zbiorowym: »epilepsia pleurae«. Ten termin był dotąd używany dla określenia szeregu objawów nerwowych, które spostrzegano podczas zabiegów na opłucnej dokonywanych, jak np. podczas przemywania opłucnej przy ropniaku opłucnej (empyema thoracis), ale nie nosiły te objawy tak groźnego charakteru, jakim się odznaczać mają odruchowe powikłania wskutek insuflowania gazu do opłucnej.

Brauer zaś prawie wszystkie przypadłości tego rodzaju przypisuje zatorom gazowym, małym lub wielkim.

Jakkolwiek nie spostrzegałem dotąd żadnego, nawet błahego, objawu, którybym mógł zaliczyć do odruchu ze strony opłucnej, lub do skutków jakiegoś małego zatoru, sądzę jednak, że obok objawów, zależnych od zatoru, muszą się zdarzać objawy odruchowe, »epilepsia pleurae« sensu strictu.

Albowiem tym tylko sposobem wytłumaczyć sobie można częstość tego rodzaju objawów, spostrzeganych przez autorów, operujących u południowców (włosi, francuzi), gdy lekarze północni nic, lub prawie nic o tem nie wiedzą: różnica usposobienia nerwowego, a nie błędy techniki (zator gazowy) jest tu prawdopodobną przyczyną; wyjątek stanowią wśród nas osobniki wysoce nerwowe lub popełnienie u wszystkich chorych takiego np. błędu technicznego, jak wprowadzenie do opłucnej gazu o nizkiej ciepłocie.

To też, w przewidywaniu możliwości podobnych powikłań, należy mieć zawsze pod ręką digalen (do wstrzykiwań śródmięśniowych), kamforę, a nawet przyrząd indukcyjny; wyraźnie nerwowym i bojaźliwym trzeba wstrzykiwać przed zabiegiem morfinę.

Z powikłań, występujących w przebiegu leczenia odmą opłucną, najważniejszem jest wystąpienie wysięku surowiczego opłucnej. Jest to powikłanie częste; w większości przypadków ilość płynu jest tak mała, że dopiero prześwietlanie wykrywa jego obecność. Dopóki płynu jest wogóle niewiele, nie liczymy się z jego obecnością, możemy go nawet uważać za pewną podporę naszej metody, ponieważ uciska on płuco. Gdy go jest więcej, lub gdy powoduje wysoką gorączkę, można systematycznie część wysięku wypuszczać, zastępując ją poprzez drugą igłę gazem. Ale nie obecność tego wysięku stanowi poważne powikłanie, jeno łatwość, z jaką ten wysięk przechodzi w ropny. Taki wysięk ropny, któremu najczęściej towarzyszy długotrwała gorączka, jest powikłaniem fatalnem; przypadki, w których z początku leczenia nastąpiło wyraźne polepszenie, z powodu tego właśnie powikłania czasem źle się kończą. Czasem wysięk ropny powstaje nagle bez uprzedniego wysięku surowiczego: kiedy jama płucna pęka do jamy opłucnej, kiedy ropne zarazki wydostaną się z rozerwanych więzów.

Saugman czyni bardzo ważną uwagę, tyczącą się rozpoznawania charakteru tych wysięków opłucnej; otóż, jak mówiłem, surowicze mogą przejść w ropne, ale mogą też stać się pozornie tylko ropnymi wskutek obecności w nich bardzo licznych złuszczonych komórek tłuszczowo zwyrodniałych (rozpuszczają się w eterze); nie każdy więc płyn mętny należy uważać za ropny.

O duszności, wikłającej przebieg sztucznej odmy opłucnej, już była mowa; zależy ona od stopnia ucisku, względnie od ustępliwości płuca, ustępliwości zrostów, śródpiersia. Ale zależeć może też od zbyt mocnego ucisku i przesunięcia serca i wielkich pni naczyniowych; spostrzegam przypadek, w którym duszność zależy od znacznego przerostu serca, jego niedomogi.

Powikłaniem, które u swoich chorych często spostrzegałem (mało o tem inni wspominają), są zaburzenia żołądkowo-jelitowe: brak łaknienia, odbijania, bóle, rozwolnienie, zaparcia. Są to skutki ucisku na żołądek i wątrobę, skutki ustania ruchów przepony (z jednej strony). Przemijają one po tygodniach, ale w pierwszym okresie leczenia są, mojem zdaniem, przyczyną spadku wagi, którą widuję w początkach leczenia nawet u chorych, okazujących wyraźną poprawę w stanie płuc i ustąpienie objawów toksycznych.

I gorączka może być powikłaniem, występującem w przebiegu leczenia odmą sztuczną. Zazwyczaj, w przypadkach chorobowych przebiegających z gorączką, pierwszym objawem pożądanego zwrotu w przebiegu choroby i kardynalnym objawem, zwiastującym pożyteczność odmy, jest spadek gorączki. Ale i w tych i w przypadkach bezgorączkowych jako bezpośrednie następstwo reinsuflacyi zjawia się czasem gorączka, trwająca parę do kilkunastu godzin. Jest to skutek masowego wtłoczenia jadów do naczyń chłonnych, rodzaj autotuberkulinizacyi, a gorączka — objawem odczynu turbekulinowego.

Po wytworzeniu odmy metodą Brauera widywano wytworzenie się przetoki opłucnej, która, zmieniając odmę leczniczą zamkniętą w odmę otwartą, uniemożliwia dalsze leczenie.

Nie spotkałem dotąd opisu następującego spostrzeżenia, które u wielu moich chorych zrobiłem. Przy stałem nakłuwaniu tej samej okolicy wyczuwam podczas każdej insuflacyi wyraźnie, jak zmienia się konsystencya przekłuwanych

głębszych warstw klatki piersiowej, nie wyłączając opłucnej; uczucie przebijanej jędrnej tkanki zostaje zastąpione przez uczucie przebijania jakiejś błony o spoistości papieru, pęcherza. Myślę, że stałe nakłuwanie tej samej okolicy klatki piersiowej może stać się przyczyną powstania wspomnianej przetoki opłucnej i dla tego radzę zmieniać okolicę z chwilą, gdy utworzony pęcherz gazowy jest dosyć wielki i na to pozwala.

Wogóle w przebiegu tak długotrwałego leczenia ciężkich postaci gruźlicy płuc należy być przygotowanym na cały szereg zakłóceń, nawet w przypadkach, uwieńczonych dobrym wynikiem leczenia omawianą metodą. Te powikłania przemijające zależeć mogą od choroby głównej, ale też i od schorzenia wtórnego innych narządów (krążenia, trawienia); od wszystkich chorób przypadkowych, które nieraz stają się zgubnemi, jeśli dotkną »drugie« płuco.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprostowanie. W Nrze 2 »Przeglądu lek.« w artykule Dr Sterlinga ma rycina, oznaczona Nr I., nosić Nr III i znajdować się w tekscie jako trzecia, a naodwrót rycina, oznaczona Nr III, powinna mieć Nr I, i znajdować się w tekscie jako pierwsza.

Z oddziału chorób wewnętrznych I. B. (Prym. Dr A. Krokiewicz) i z pracowni bakteryologicznej oddziału chorób zakaźnych (Prym. Doc. Dr S. Droba) w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do nauki o szerzeniu się duru brzusznego

napisał

Dr A. Kramarzyński

sekundaryusz oddziału I. B.

W szerzeniu się duru brzusznego bardzo ważną rolę odgrywają t. zw. roznosiciele zarazków. W rzadkich przypadkach nawet zdrowe osoby mogą bez szkody dla siebie mieć w przewodzie pokarmowym prątki durowe, a wydalając je z kałem, stawać się roznosicielami zarazka durowego. O wiele częściej jednak wydarza się to u ozdrowieńców, którzy po przebyciu duru brzusznego zazwyczaj jeszcze przez 8—10 tygodni wydalają z kałem swoiste prątki. Niekiedy prątki durowe przez całe lata, a nawet dziesiątki lat znajdują się w kale, a tem samem osoby takie stanowią bardzo pokaźne źródło dla dalszych zakażeń. Schneider oblicza, że 3% wszystkich ozdrowieńców durowych staje się roznosicielami tej choroby, a 5·1% przypadków zachorowań zdarza się przez roznosicieli (Moderne Typhusbekämpfung. T. XIV. internationaler Kongress für Hygiene und Demographie, Berlin, wrzesień 1907 II.). Kayser znalazł między ozdrowieńcami 5% roznosicieli (Ueber Untersuchungen bei Personen, die vor Jahren Typhus durchgemacht haben und die Gefährlichkeit von Bazillenträgern. Arb. a. d. kaiserlichen Gesundheitsamte 1907. Bd. 25. H. 1.). Parka obliczenia wykazują między ozdrowieńcami 6% roznosicieli zarazków (Journal of the Am. med. Assoc. 1908. Nr. 12). Forster utrzymuje, że 20—27% przypadków duru brzusznego wydarza się z powodu roznosicieli (Ueber die Beziehung des Typhus und des Paratyphus zu den Gallenwegen. Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 1.).

Na szczególniejszą uwagę zasługują roznosiciele zarazków, zajęci w przemyśle przetworów spożywczych, a przedewszystkiem mleka.

L. L. Lamsten i W. C. Woodward (J. Am. med. Assoc. Chicago, 1909 Nr. X.) opisują epidemię tyfusu w Waszyngtonie, podczas której zachorowały 54 osoby. Wszystkie pobierały mleko z jednej i tej samej podmiejskiej mleczarni. Badania wykazały, że jedna z kobiet pracujących w tej mleczarni przechodziła dur brzuszny przed 18 laty i aż do tej chwili była roznosicielką prątków.

Nie mając zamiaru przytaczać całej rozległej literatury tej sprawy, ograniczę się do dwóch najbardziej zajmujących przypadków, opisanych w ostatnich czasach. E. Huggenberg wspomina o kobiecie, która przed 31 laty przebyła dur brzuszny i od tego czasu zakaziła 13 osób w otoczeniu domowem (Korrespondenzblatt für Schweitzer Aerzte XXXVIII. Nr. 19). J. Indell (Hygiea 1908) podaje, że w jednej rodzinie od r. 1854—1904 zaszło 21 przypadków duru brzusznego. Badanie kału w r. 1904 79-letniej kobiety, pierwszej chorej w tej rodzinie, stwierdziło obecność prątków durowych. Według wywiadów przebyła ona dur brzuszny w r. 1854 i od tego czasu zakażała członków rodziny. Badanie jej stolca, dokonane powtórnie w r. 1908, wykazało również obecność powyższych prątków.

Według dat statystycznych, kobiety są najczęściej roznosicielkami duru, a najczęstsze miejsce wylęgania się prątków stanowi pęcherzyk żółciowy. Zwrócił na to uwagę Chiari (Ueber das Vorkommen von Typhusbazillen in der Gallenblase bei Typhus abd. Prager Zeitschr. für Heilkunde 1884 Bd. 15), a potwierdziły to dalsze spostrzeżenia.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać epidemię duru brzusznego, ograniczającą się do jednej tylko rodziny, t. j. tak zw. epidemię domową. Nadmienić także należy, że nikt ani w tej miejscowości, ani w okolicy nie chorował od dłuższego czasu na dur brzuszny, jak to z całą dokładnością zostało stwierdzone. Przebieg epidemii przedstawia się następująco:

1) Józefa R. lat 56 licząca, żona obywatela w Słomnikach (Król. Polskie) zachorowała pierwsza na dur brzuszny w połowie maja 1908 r. Rozpoznanie choroby zostało potwierdzone dodatnim wynikiem odczynu Widala. Badanie bakteryologiczne wody z odnośnej studni, wykonane w ciągu choroby i w kilka miesięcy później, nie wykazało prątków durowych. Następnie z końcem czerwca r. 1908 zachorował syn Józefy R. 2) Gustaw R. lat 27 liczący. Przywieziony do szpitala św. Łazarza na oddz. I. B., pozostawał tamże od dnia 4. VIII. — 26 IX. 1908 z rozpoznaniem duru brzusznego.

We wrześniu 1908 r. zachorowała na dur brzuszny 3) Anastazya G. lat 19 licząca w domu Józefy R. i lat 19 licząca 4) Zofia R. córka Józefy R. Przebieg kliniczny i odczyn Widala wykazały dur brzuszny.

Następnego roku 1909 stwierdzono dur brzuszny u 5) Julii N., liczącej lat 29, służącej w Krakowie w domu krewnych Józefy R. Najprawdopodobniej zakaziła się durem od Józefy R. podczas pobytu jej w Krakowie. Przewieziona do szpitala św. Łazarza na oddz. I. B. pozostawała w leczeniu od 18/VII—5/IV. 1909 r. z rozpoznaniem duru brzusznego. W tym samym roku w S. w domu Józefy R. zachorowały na dur brzuszny 28 lat licząca służąca 6) Małgorzata K. i jej 9-letnia córka 7) Marya. W r. 1910 zachorował na dur brzuszny w tym samym domu w Słomnikach 8) Aleksander R., lat 32 liczący syn Józefy R.,

i zmarł 21 marca 1910 r. 9) Wanda R. lat 14 licząca córka Józefy R. zachorowała w Krakowie po powrocie ze Słomnik, gdzie przepędzała w domu rodzicielskim święta wielkanocne. Umieszczona na oddz. I. B. szpitala św. Łazarza dnia 11/V 1911 r. pozostawała tamże do 4. lipca 1911 r. z rozpoznaniem duru brzusznego.

Dziewięć tych przypadków duru brzusznego, ograniczonych do jednego ogniska, naprowadziły mię na myśl, czy ktoś z rodziny nie jest roznosicielem zarazy. W pierwszym rzędzie podejrzywałem matkę rodziny Józefę R., która pierwsza zachorowała na dur brzuszny. W celu przekonania się o tem, postanowiłem przeprowadzić w pracowni bakteryologicznej oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza pod kierunkiem Prym. Doc. Dr Droby odpowiednie badania moczu i stolca Józefy R.

Badania rozpocząłem dnia 18. maja 1911.

Według znanych prawideł zasiano na płytkach z agaru Drigalskyego i na płytkach z agaru Padlewskyego osad moczu uzyskany przez odwirowanie, a na drugim szeregu takich samych płytek grudkę kału, przerobionego na papkę z rozczynem fizyologicznym soli kuchennej. (Kał badany był zbity o prawidłowem wejrzeniu).

Na płytkach zasianych osadem moczu, wynik hodowli w kierunku bakteryi durowych ujemny.

Natomiast tak na płytkach z agaru Drigalskyego, jakoteż na płytkach z agaru Padlewskyego, zasianych kałem, wyrosły obok innych także kolonie o cechach kolonii bakteryi durowych. Dalsze badanie ich wykazało, że były one rzeczywiście koloniami prątków durowych, gdyż wyosobniony z nich prątek posiadał morfologiczne, biochemiczne i biologiczne cechy właściwe prątkowi durowemu, a mianowicie:

Prątek typu bakteryi okrężnicy o żywych ruchach, odbarwiający się metodą Grama, nie tworzący zarodników, rosnący w dostępie i bez dostępu tlenu. Na płytkach agarowych rósł w postaci kolonii okrągłych, płaskich, białawoszarawych, przeświecających, tęczowo się mieniących. Na płytkach żelatynowych dawał kolonie powierzchowne o wejrzeniu cienkiego, opalizującego nalotu, o nieregularnym, falistym brzegu, dające pod małem powiększeniem drobnowidu obrazy, przypominające liście winnej latorośli. Na agarze skośnym wzrost w postaci białawo-szarego nalotu, również cienkiego, przeświecającego i tęczowo się mieniącego. W bulionie jednostajne znaczne zmętnienie z kożuchem na powierzchni i osadem na dnie. Na ziemniaku zwyczajnym niewidzialna powłoka, zdradzająca swoją obecność silniejszym połyskiem powierzchni ziemniaka w miejscach wzrostu. W mleku rośnie bez sprowadzania jego zmiany. W żelatynie w hodowli kłutej wzrost w postaci postronka białawo-żółtawego wzdłuż kanału ukłucia i cienkiej powłoczki na powierzchni słupa, rozprzestrzeniającej się od punktu wkłucia ku ścianom probówki. W hodowli kłutej w agarze z cukrem gronowym baniek gazu nie wytwarza. W bulionie i wodzie peptonowej indolu nie wytwarza, a wytwarza siarkowodór w hodowli bulionowej. W serwatce lakmusowej Petruschkyego nieznaczne, ale wyraźne zaczerwienienie po 34 godzinach, a po 8 dniach pożywka wraca do pierwotnego wiśniowego zabarwienia. W agarze z czerwienią obojętną i z cukrem gronowym Rothbergera w hodowli kłutej zmian nie sprowadza. W pożywce płynnej z nutrozy Barsickora z dodatkiem cukru gronowego i lakmusu po 24 godzinach wyraźne zaczerwienienie, a po 16 dniach strąt. W pożywce Barsickora z dodatkiem mannitu i lakmusu występuje po 24 godzinach zczerwienienie, a po 14 dniach strąt.

Tak więc w pożywkach, używanych do sprawdzania tożsamości bakteryi durowych, wyhodowany z kału prątek daje, jak widać z powyższego zestawienia, cechy właściwe prątkowi durowemu.

Przechodząc do prób biologicznych, mających rozstrzygnąć rozpoznanie, to z nich zastosowano przedewszystkiem próbę aglutynacyi.

Do próby użyto swoistej surowicy durowej o mianie aglutynacyjnem $^1/_{16000}$. Surowicę tę uzyskano z królika, uodpornionego znaną hodowlą durową. Wykonano próbę makroskopową z rozcieńczeniami surowicy od $^1/_{100}$—$^1/_{16000}$. Rozcieńczenia surowicy przyrządzono zapomocą rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. Z wyjątkiem kontrolnej we wszystkich probówkach wystąpiła wyraźna aglutynacya po 2 godzinach w ciepłocie 37° C. Nadto dla kontroli nastawiono próbę aglutynacyjną z surowicą królika prawidłowego w rozcieńczeniu od $^1/_{100}$—$^1/_{4000}$. Próba ta po 24 godzinach pozostała ujemną we wszystkich rozcieńczeniach.

Tak więc formułka z wyniku powyższych prób aglutynacyjnych stosownie do wniosku, jaki podał Otto na zjeździe mikrobiologów w r. 1911, przedstawia się w sposób następujący:

$$\frac{\text{S. p. } (^1/_{100} - {}^1/_{4000}) -}{\text{S. sw. } (^1/_{100} - {}^1/_{16000}) + \text{M. ag. } ^1/_{16000}.}$$

gdzie S. p. znaczy surowica prawidłowa
S. w. » surowica swoista
M. ag. » miano aglutynacyjne surowicy swoistej
— próba ujemna; + próba dodatnia.

Już na podstawie morfologii, zachowania się na pożywkach i dodatniej próby aglutynacyjnej, można było przyjąć, że wyosobniony z kału prątek jest prątkiem tyfusowym.

Nie poprzestano jednakowoż na tem, ale do badania dołączono próbę Pfeiffera, a to w myśl zasady, według której należy dla pewności rozpoznania dołączać próbę Pfeiffera w tych przypadkach, gdy prątek o cechach prątka durowego zostanie wyhodowany z podłoża poza ustrojem człowieka, n. p. z wody, z ziemi; a także wtedy, gdy taki prątek zostanie wyhodowany z ustroju człowieka w nadzwyczajnych okolicznościach, n. p. z ropy w kilka lat po przebyciu duru, z kału w tych samych warunkach i t. d.

Wynik próby Pfeiffera w mych badaniach był następujący:

Jadowitość badanego szczepu.

Najmniejsza śmiertelna dawka dla świnki morskiej, ważącej około 300 gramów, wynosiła $^1/_{10}$ uszka normalnego, czyli 0·2 mlgr. 24-godzinnej hodowli agarowej. Miano bakteryobójcze surowicy swoistej użytej do doświadczenia, pochodzącej również z królika, wynosiło 0.0001 cm.^{3}.

Do doświadczenia użyto 4 świnek morskich.

Swinka Nr. I. ważąca 330 grm. otrzymała śródotrzewnie 0.0005 cm^3 surowicy swoistej + 2 mlgr. 24-godzinnej hodowli agarowej badanego prątka w 1 cm^3 bulionu.

Świnka Nr. II. ważąca 320 grm. otrzymała śródotrzewnie 0·001 cm^3 surowicy swoistej + 2 mlgr. 24-godzinnej agarowej hodowli badanego prątka w 1 cm^3 bulionu.

Świnka Nr. III. ważąca 290 grm. otrzymała śródotrzewnie 0.05 cm^3 surowicy króliczej prawidłowej + 2 mlgr. 24-godzinnej agarowej hodowli badanego prątka w 1 cm^3 bulionu.

Świnka Nr IV. ważąca 350 grm. otrzymała śródotrzewnie 2 mlgr. 24-godzinnej agarowej hodowli badanego prątka w 1 cm^3 bulionu.

W 2 godziny po wstrzyknięciu badano treść jamy

otrzewnej u wszystkich 4 do doświadczeń użytych świnek, a badanie dało wynik następujący:

Treść jamy otrzewnej świnek Nr I. i II., badana w kropli wiszącej i w preparatach barwionych, wykazywała leukocyty, krwinki czerwone, ziarenka i ani śladu dobrze utrzymanych prątków; natomiast w treści jamy otrzewnej świnek Nr. III. i IV. stwierdzono bądź ruchome, bądź nieruchome prątki, dobrze utrzymane. Świnki Nr III. i IV. padły mniej lub więcej po 24 godzinach, a sekcya wykazała obfity wysięk w jamie otrzewnej, złogi wysięku na powierzchni wątroby, śledziony, silne nastrzykania i wybroczyny otrzewnej. W wysięku otrzewnym, badanym w kropli wiszącej, stwierdzono bardzo obfite prątki. a po zasianiu tegoż na agarze stwierdzono czystą hodowlę badanego prątka.

Świnki Nr I. i II. żyją.

Próba Pfeiffera wypadła więc również dodatnio, tak, że na tej podstawie można już z zupełną pewnością przyjąć, iż prątek wyhodowany z kału Józefy R., jest rzeczywiście prątkiem duru brzusznego.

Wobec braku innego źródła zakażenia w Słomnikach, przypuścić należy i nie ulega żadnej wątpliwości, iż kał Józefy R., która pierwsza przed 3 laty przebyła dur brzuszny, stanowił jedyne ognisko dla szerzenia się epidemii wśród otoczenia domowego.

W. P. Prymaryuszowi Dr Krokiewiczowi i Prymaryuszowi Doc. Dr Drobie za zachętę do ogłoszenia niniejszej pracy, odstąpienie materyału klinicznego, cenne rady i wskazówki w przeprowadzaniu badań składam na tem miejscu słowa szczerej podzięki.

Piśmiennictwo bieżące.

Neurologia i psychiatrya.

M. P. Nikitsch. **Salwarsan przy kiłowych i metasyfilitycznych schorzeniach układu nerwowego ośrodkowego.** (Z kliniki Prof. Bechterewa w Petersburgu). (Obozr. Psichiatr., Nr 7, 1911). Na podstawie doświadczeń innych autorów oraz spostrzeganych przez siebie 15 przypadków dochodzi autor do wniosku, że 1) przy kiłowych schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego, które się rozwinęły w ciągu pierwszego roku po zakażeniu, a więc trwają względnie krótko, salwarsan wywiera pomyślne działanie nietylko pod względem podmiotowym, lecz także, chociaż mniej wybitnie, co do objawów przedmiotowych; 2) przy wiądzie rdzenia wstrzykiwania salwarsanu wywołują tylko podmiotowe polepszenie, tłómaczące się widocznie drogą psychiczną. Trzebiński.

W. Bechterew. **O lokalizacyi ośrodka wzrokowego korowego na wewnętrznej powierzchni potylicznego płatu u psów.** (Obozr. Psichiatr., Nr 8, 1911). Autor przypomina swoje badania, przeprowadzone jeszcze w r. 1890, w których wykazał, że wbrew twierdzeniu Munka, a zgodnie z klinicznemi spostrzeżeniami, korowy ośrodek wzrokowy znajduje się również u psów na wewnętrznej powierzchni płatu potylicznego. Uszkodzenia zewnętrznej powierzchni tegoż płatu, gdzie Munk właśnie lokalizuje ów ośrodek, wywołują niedowidzenie połowicze tylko wtedy, kiedy sięgają do pewnej głębokości, to jest wtedy, kiedy dotyczą nie kory, lecz dróg doprowadzających. Poglądy, wypowiedziane wówczas przez autora, potwierdziły następnie wykonane w jego pracowni badania Agadżanowa.

Dalsze studya, przeprowadzane w pracowni Bechterewa, począwszy od r. 1886 przez Gerwera i Bielickiego, wykazały, że przy drażnieniu przyśrodkowych (medialnych) i bocznych (lateralnych) części zewnętrznej powierzchni zrazu potylicznego występują w jednakowy sposób ruchy oka w stronę przeciwną, natomiast drażnienie przednich okolic zewnętrznej powierzchni tegoż płatu wywołuje ruchy obu oczu w przeciwną stronę i ku górze, a drażnienie tylnej okolicy ruch w stronę przeciwną i ku dołowi. Doświadczenia na małpach wykazały też, że w przednich okolicach zewnętrznej powierzchni płatu potylicznego oraz w okolicy przejścia jego w płat ciemieniowy znajdują się obustronne ośrodki ruchów źrenicy, a Bielicki stwierdził, że również na zewnętrznej powierzchni tych płatów znajdują się ośrodki akomodacyjne.

Ośrodki te autor uważa (jak to zresztą zaznaczono w jego dziele »Czynności mózgu«) za ośrodki odruchowe w tem znaczeniu, że od wczesnego dzieciństwa z pewnem wzrokowem poczuciem i wyobrażeniem kojarzą się właściwe ruchy oczu, mające swe ośrodki razem z ośrodkami czuciowymi. To też usunięcie owych ośrodków nie wywołuje u zwierząt zniesienia odnośnych samodzielnych ruchów, tylko zniesienie wzroku i z nim ściśle związanych złożonych aktów ruchowych.

Zgodnie z zapatrywaniami, wypowiedzianemi już we wspomnianem powyżej dziele (Czynności mózgu), według których w ośrodkach korowych należy widzieć ośrodki kojarzących się zespołów (kompleksów) w tem znaczeniu, iż w nich jednocześnie rozwijają się czynności czuciowe i odruchowe, windykuje autor takie samo znaczenie dla korowych ośrodków wzrokowych, których czuciowa i odruchowa działalność wytwarza się drogą pobudek, otrzymywanych z siatkówki w ciągu całego życia, przyczem rolę dośrodkowego ośrodka (centrum) odgrywa przedewszystkiem wewnętrzna, odśrodkowego zaś zewnętrzna powierzchnia płatu potylicznego (chociaż ten ostatni podział zupełnie ściśle przeprowadzić się nie da). Odruchy te mają dla aktu wzrokowego wielkie znaczenie, gdyż bez ich istnienia sam narząd wzrokowy nie mógłby przystosować się automatycznie do każdorazowych warunków. W analogiczny sposób też tłómaczą się pewne zaburzenia wzrokowe przy uszkodzeniu zakrętu esowatego (gyr. sigmoid.), gdzie mieszczą się skojarzone ośrodki odruchów czuciowo -skórno-mięśniowych. Na zakończenie przypomina autor, że ostatnimi czasy Munk i Minkowski podkreślają znaczenie »areae striatae« dla działalności kory mózgowej, co przemawiałoby za stwierdzoną przez autora rolą wewnętrznej okolicy płatu potylicznego w akcie wzrokowym. S. Trzebiński.

Pedyatrya.

Ssokolow. **Mors thymica i asthma thymicum u dzieci.** (Archiv. f. Kinderheilkunde, T. 57). Na podstawie bardzo rozległej dotyczącej tego przedmiotu literatury i własnych spostrzeżeń dochodzi autor do następujących wniosków: 1) W warunkach prawidłowych grasica rośnie i w życiu pozapłodowem, i to najbardziej do szóstego roku, następnie wolniej do 14. roku życia. 2) Stan grasicy jest w ścisłym związku ze stanem odżywienia dziecka, a mianowicie przy upośledzonem odżywieniu grasica zmniejsza się i niknie, a przy powrocie do dobrego stanu odżywienia tkanka gruczołowa się odnawia. 3) Wycięcie gruczołu u zwierząt wywołuje zwiększenie ilości ciałek czerwonych, nie wpływa jednak ani na jakość, ani na ilość ciałek białych i nie wywołuje żadnych zmian w ustroju. 4) Czynność grasicy stoi w związku z czynnością śledziony, gruczołu tarczowego i jąder; najściślejszy jest związek z gruczołem tarczowym. 5) Wstrzyknięcie wyciągu z grasicy może u zwierząt wywołać śmierć z obniżeniem ciśnienia krwi i zwolnieniem tętna. 6) W wielu przypadkach karmienie grasicą może zastąpić karmienie gruczołem tarczowym. 7) Grasica jest narządem ważnym dla rosnącego ustroju dziecięcego, gdyż wydzielina grasicy ma doniosłe znaczenie dla przemiany materyi. 8) Błędnem jest mniemanie, jakoby powiększona grasica była przyczyną nagłej śmierci u dzieci; zejście śmiertelne w tych przypadkach jest w związku ze zmia-

nami patologicznemi przemiany materyi w ustroju, a od tych zmian patologicznych jest także zależne powiększenie grasicy, jak i innych gruczołów. 9) »Mors thymica« w następstwie przerostu grasicy można tylko uważać za wywołaną przez poprzedzające tę śmierć napady dychawicy. 10) Dychawica grasicza jest w bezpośrednim związku z powiększeniem grasicy. Dr J. Ld.

Sommerfeld. **Przyczynek do epidemiologii błonicy.** (Archiv. f. Kinderheilkunde, T. 57). Wynik badań autora: 1) Prątek błonicy znajduje się często w gardle osób zdrowych, nie wywołując zmian chorobowych. Znajduje się on tylko u osób, stykających się z chorymi na błonicę. 2) Prątki z tych zdrowych przenosicieli są w doświadczeniu na zwierzęciu równie silnie chorobotwórcze, jak prątki z osób chorych. 3) U dzieci, które przebyły błonicę, można jeszcze po upływie kilku miesięcy wykazać prątki na błonie śluzowej gardła. 4) Na razie niema jeszcze odpowiedniego środka dla zniszczenia prątków na błonie śluzowej. 5) Odkażenie mieszkania po błonicy jest konieczne, gdyż prątki błonicze utrzymują się na przedmiotach martwych i są zdolne do dalszego rozwoju. 6) Nie jest koniecznem przetrzymywać dziecko w szpitalu dopóty, aż prątków wykazać nie można, ponieważ doświadczenie poucza, że wyzdrowieńcy tacy, dostając się do domu, stykają się znowu z osobnikami, roznoszącymi prątki błonicze. 7) Wielkie znaczenie ma odosobnienie zdrowych roznosicieli, jeżeli chodzi o zwalczanie błonicy w zakładach zamkniętych. 8) Dopóki nie mamy środka dla szybkiego uwolnienia od prątków przenosicieli zdrowych, dopóty zwalczanie błonicy ograniczyć się musi do wczesnego rozpoznania choroby i wczesnego leczenia surowicą. Dr J. Ld.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 10. I. 1912.

Przewodniczący Prof Cybulski; obecnych 30 członków.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Sekretarz stały Dr Damski przedstawia następujące sprawozdanie z czynności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego za r. 1911:

»Gdyby zachodziła potrzeba w krótkich słowach określić ruch, życie i postęp w naszem Towarzystwie za rok ubiegły, to powiedziećby należało, że życie to płynęło spokojnie, zbyt może spokojnie, starem utartem korytem; — a więc nie cofnęliśmy się wstecz ani co do liczby posiedzeń naukowych, ani demonstracyi klinicznych, jak zawsze braliśmy udział we wszystkich sprawach, świat lekarski obchodzących, z ogólnej liczby członków nie straciliśmy nikogo, prócz tych, których nam śmierć zabrała, nowych jak corocznie niewielu przybyło, dyskusye na posiedzeniach naukowych były dość żywe, liczba uczestników wahała się zawsze w jednakowych umiarkowanych granicach, a uczestnicy byli prawie zawsze jedni i ci sami, i oto wszystko.

Brakowało zaś, jak w poprzednich latach, tak i w roku ubiegłym, owego silniej zaakcentowanego zajęcia się Towarzystwem, które powinno skupiać i łączyć wszystkie miejscowe siły lekarskie w celu wymiany zdań w kwestyach naukowych, powinno zabierać głos rozstrzygający w sprawach higieny społecznej, a tem samem być ważnym czynnikiem w życiu obywatelskiem. Tego było zbyt mało, a wszelkie wysiłki tak poprzednich, jak i ustępującego zarządu, nie odnosiły dodatnich skutków. Być może, że przyczyną tego jest zbyt wygórowany altruizm świata lekarskiego, który w całości poświęcając się innym, zbyt mało myśli o sobie i zatraca zdolność do organizowania się czy to w stowarzyszeniach o celach naukowych, czy ekonomiczno-społecznych. Dowodem tego jest nietylko Towarzystwo lekarskie, ale i Izba lekarska i Związek krajowy, który również nie zdołał zrzeszyć wszystkich lekarzy ku pracy w celu poprawy ich ekonomicznych stosunków.

Przechodząc do szczegółowego sprawozdania, nadmieniamy, że w r. 1911 odbyło się 18 posiedzeń naukowych, a 20 odczytów, a to z zakresu medycyny wewnętrznej (4), chirurgii (1), ginekologii (1), syfilidologii (3), higieny i bakteryologii (5), fizyologii (3), ogólnej patologii (2), balneologii (1). Demonstracyi było 55, z czego najwięcej z kliniki chirurgicznej (22) i z zakresu chorób skórnych i wenerycznych (16). Liczba członków, biorących udział w posiedzeniach, wahała się między 28 a 64.

Członków zwyczajnych miało Tow. lek. z końcem roku 1911 — 195, z tego nowo przystąpiło 10, honorowych 40, korespondentów 50.

Wskutek śmierci straciliśmy nadzwyczajnie sympatyczną postać naszego Towarzystwa, byłego wiceprezesa Dra Józefa Zanietowskiego, który, choć w podeszłych latach, zajmował się żywo naszą instytucyą i niemal do ostatnich chwil życia brał udział w posiedzeniach naukowych. Zmarł także jeden ze starszych naszych członków, Dr Izydor Jurowicz, prymaryusz szpitala izraelickiego. Cześć ich pamięci!

Tyle co do spraw wewnętrznych.

Z uroczystych chwil, jakie przeżył polski świat lekarski w ubiegłym roku, pierwsze miejsce należy się Zjazdowi polskich lekarzy i przyrodników, który się odbywał w mieście naszem od 18—22 VII, a był świadectwem żywotności i postępu nauki polskiej, i 50-leciu istnienia organu naszego Towarzystwa, »Przeglądu lekarskiego«. Szczegółów nie podajemy. Dokumentami pierwszego święta jest wydawany w swoim czasie »Dziennik Zjazdu« i wkrótce mający się ukazać »Pamiętnik« tegoż, dokumentem roku jubileuszowego »Przeglądu« jest wspaniały treścią i rozmiarem numer jubileuszowy, wskrzeszający na naczelnem miejscu niezapomniane postacie Dietlów, Majerów, Skoblów i i. Na uroczystem posiedzeniu w d. 17. VII., odbytem z powodu jubileuszu, który zaszczyciło swoją obecnością 25 delegacyi z całego obszaru ziem polskich i liczni przedstawiciele innych narodów słowiańskich, zamianowaliśmy 24 członków honorowych. Wspomnieć jeszcze należy, że w czasie Zjazdu odbyło się pod przewodnictwem Prof. Wicherkiewicza posiedzenie Centralnego Komitetu lekarskiego słowiańskiego w celu obrony idei narodowej na kongresach lekarskich międzynarodowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie, zastępowane przez prezydyum, brało udział w rzadkiej uroczystości odnowienia po 50-letniej pracy dyplomu doktorskiego swego członka honorowego, Prof. Dra L. M. Jakubowskiego. Na I Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego w Łodzi zastępował nasze Tow. Prof. Dr Ciechanowski.

Przechodząc do spraw natury administracyjnej, zaznaczamy, że w lutym (19. II.) ubiegłego roku brało Tow nasze przez 9 delegatów swoich po raz pierwszy jako równouprawnione udział w Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, na którem przewodniczył nasz delegat Prof. Dr Kostanecki. Szczegółowego sprawozdania, znanego zresztą PP. Kolegom z lwowskiego Tygodnika lekarskiego, nie podajemy.

Nasze wewnętrzne czynności administracyjne załatwiane były na 9 posiedzeniach Komitetu, a wyczerpujące sprawozdania przedstawią Koledzy, zawiadujący poszczególnymi działami naszego zarządu«.

Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości.

3) Bibliotekarz Dr Blassberg przedstawia sprawozdanie ze stanu biblioteki w r. 1911.

»Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w roku 1911 392 dzieł i 68 wydawnictw peryodycznych oraz czasopism, tak, że dnia 31. XII. 1911 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 8797 dzieł i 539 wydawnictw peryodycznych. Ruch biblioteczny był ożywiony. W roku 1911 wypożyczono z biblioteki książek lub pism 229, zwrócono 167, zostaje zaległych 62. Nadto

z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 45 książek lub czasopism. Liczba członków korzystających z biblioteki w r. 1911 wynosiła 53. Godziny urzędowe były codziennie od 12—1 w południe. Płatny pomocnik bibliotekarza był stale czynny przez cały rok przez jedną godzinę dziennie. Dary: Szczególniejszą opieką otaczał bibliotekę Prof. Ciechanowski, który nadto darował bibliotece cały szereg cennych kompletnych dzieł i roczników. Oprócz tego otrzymała biblioteka w roku bieżącym znaczniejsze dary w książkach od Radcy Dworu Prof. Wicherkiewicza, oraz od Dra Baschkopfa i p. Zofii Wojciechowskiej (księgozbiór po śp. Drze Macieju Muszyńskim) z Krakowa, nadto od Redakcyi »Tygodnika lekarskiego« ze Lwowa, Dra Serkowskiego z Warszawy, Prof. Haškoveca z Pragi i Dra Pragera z Maryenbadu«.

4) Skarbnik Dr Akerman zdaje sprawę z wydatków i dochodów Towarzystwa.

5) Podskarbi komisyi redakcyjnej Dr B. Wojciechowski zdaje sprawę z administracyi »Przeglądu lekarskiego«.

6) Na wniosek komisyi sprawdzającej, przedstawiony przez Dr Cerchę, udzielono Zarządowi absolutoryum, a na wniosek tejże komisyi i Prof. Dr Ponikły uchwalono wśród oklasków wyrazić uznanie kol. Blassbergowi, Akermanowi i Wojciechowskiemu.

7) Przewodniczący komisyi »bojkotowej«, Dr Józef Zanietowski, przedkłada następujące sprawozdanie:

»Członkowie komisyi »bojkotowej«, właściwie zwanej »komitetem popierania krajowego przemysłu lekarskiego«, wraz ze swoim prezesem Drem Zanietowskim, będącym z woli Towarzystwa lekarskiego delegatem tegoż Towarzystwa do instytucyi, mających na celu popieranie krajowego zdrojownictwa i przemysłu zdrojowego, zadanie swoje wedle sił starali się wypełnić. To też pojedynczo lub grupami brali udział w pracach Polskiego Tow. balneologicznego w Krakowie, Krajowego Związku Zdrojowisk we Lwowie i centralnej organizacyi lekarskiej w Wiedniu, do których Zarządu należeli. Również w pracach przygotowawczych około urządzenia przez Polskie Tow. balneologiczne wystawy balneologicznej podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie, jakoteż w pracach redakcyjnych około wydawnictwa »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego« i »Przewodnika po zdrojowiskach i uzdrowiskach Galicyi«, wydawanych przez Tow. balneologiczne, wreszcie w deputacyach do władz krajowych i centralnych, z ramienia różnych organizacyi wysłanych w sprawach podniesienia naszego zdrojownictwa, czynny brali udział. Przed tegorocznym sezonem wydrukowana została nadto odezwa komisyi bojkotowej, nawołująca publiczność do popierania krajowych zdrojowisk i rozszerzona przy pomocy główniejszych pism lekarskich i politycznych; również rozpowszechniono przy pomocy wydawnictw Towarzystw balneologicznych pierwszą mapę polskich zdrojowisk, wykonaną przez Dra Zanietowskiego, oraz tegoż broszurę o pięćdziesięcioletniej działalności Tow. lekarskiego na polu popierania zdrojownictwa, którą wydano z powodu jubileuszu »Przeglądu lekarskiego«. Inne szczegóły działalności członków komisyi bojkotowej, nie należące ściśle do spraw Towarzystwa lekarskiego, podane będą w sprawozdaniach odnośnych organizacyi«.

8) Dr Damski, jako członek komisyi dla spraw Morszyna, wybranej przez Towarzystwo lekarskie galicyjskie, przedkłada następujące sprawozdanie:

»Stan finansowy fundacyi Stillerów, mającej za zadanie wspierać wdowy i sieroty po lekarzach, członkach Tow. lek. gal., przedstawia się bardzo źle. W r. 1891 (rok zatwierdzenia fundacyi) majątek tej fundacyi składał się z posiadłości »Morszyn«, wolnej od wszelkich długów i z gotówki 42.993 kor. W r. 1897 kapitał ten zmalał do 24.000 kor., a obecnie t. j. w r. 1911 stan jest następujący: Posiadłość sama zaniedbana, las wycięty, zakład kąpielowy stojący przed ruiną; 113.902 kor. długów. Nie potrzeba dodawać, że wdowy i sieroty oddawna z fundacyi tej nie pobierają żadnych zapomóg, (działalność Tow. lek. gal. w tym względzie opiera się na innych zasobnych funduszach). Wprawdzie przy zapobiegliwości i energii Prezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich rok ubiegły nie wykazał niedoboru, sprawy to jednak prawdopodobnie nie uratuje, bo niema funduszów na konieczne odnowienie zakładu kąpielowego i prawdopodobnie na najbliższem Walnem Zgromadzeniu Tow. lek. gal. rozstrzygnąć trzeba będzie, czy nie należałoby sprzedać Morszyna, aby uratować z tej fundacyi jakiś kapitał dla wdów i sierot po członkach Tow. lek. gal.

Przykry ten epizod gospodarczy podajemy Kolegom nie w celach krytyki, ale z obowiązku sprawozdawczego, odwołując się zarazem gorąco do wszystkich lekarzy polskich, aby, jeśliby Morszyn nie był sprzedany, pamiętać o nim, popierając i Zakład morszyński i znakomite przetwory wody morszyńskiej. Nasza komisya przemysłowa niewątpliwie gorliwie zajmie się tą sprawą«.

9) Prezes Prof. Cybulski, składając urzędowanie w ręce następcy, zwraca się do zebranych z gorącem wezwaniem do pracy w łonie Towarzystwa.

10) Prezydent Izby lek. Dr Schoengut wnosi podziękowanie dla ustępującego prezesa, Prof. Cybulskiego, co przyjęto gorącymi oklaskami.

11) Prezes Dr Janiszewski, obejmując przewodnictwo, prosi kolegów o poparcie (przemówienie wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« Nr 2).

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

76. Ogólne Zebranie w dniu 2. grudnia 1911.

Obecnych 20 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany kol. Fidler.

Kol. Przewodniczący otwiera dyskusyę nad budową szpitalika dziecięcego im. hr. Ożarowskich.

Kol. Kosicki składa ofertę p. Szumańskiego co do sprzedaży placu pod szpital. — Kol. Fidler składa ofertę panów: Radkowskiego i Krawczyka. — Kol. Przychodzki składa swoją własną ofertę.

Kol. Przewodniczący odczytuje projekt Ustawy szpitala dziecięcego im. hr. Ożarowskich.

Projekt Ustawy prywatnego szpitala dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich.

I. Przeznaczenie szpitala.

§ 1. Szpital dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich przeznaczony jest dla leczenia dzieci do lat czternastu z pierwszeństwem dla dzieci włościan wsi Brzóza z pow. Kozienickiego.

Szpital uskutecznia szczepienie ospy, posiada ambulatoryum oraz aptekę, bez prawa sprzedaży lekarstw.

§ 2. Ilość dzieci chorych w szpitalu oznacza jego Zarząd zależnie od ilości miejsc i zasobów materyalnych.

II. Zarząd szpitala.

§ 3. Szpital podlega nadzorowi Radomskiej Rady Gubernialnej Dobroczynności Publicznej pod względem lekarsko-policyjnym, a to stosownie do § 361 Ustawy o Dobroczynności Publicznej.

§ 4. Szpital pozostaje pod kierownictwem Zarządu, składającego się z 9 członków rzeczywistych, którzy z pośród siebie wybierają Prezesa.

Na miejsce członka zmarłego lub ustępującego z powodu niemożności pełnienia obowiązków Zarząd powołuje z pośród osób płci obojga członka nowego według swego uznania, o ile osoba powołana wyrazi na to swoją zgodę.

Uwaga I. Pierwszy Zarząd Szpitala składać się będzie z 9 osób, powołanych przez Jana hrabiego Zamoyskiego i Kazimierza Olszowskiego adwokata przysięgłego, jako egzekutorów testamentu własnoręcznego ś. p. Adeli hr. Ożarowskiej z dnia 25. maja 1810 r., z zapisu której Szpital założony został.

Uwaga 2. Oprócz członków rzeczywistych, wymienionych w § 4, do składu Zarządu należy naczelny lekarz Szpitala z prawami członka rzeczywistego, a w razie wprowadzenia do gubernii Królestwa Polskiego samorządu miejskiego i jeden z członków Zarządu miasta, przez Zarząd ten delegowany; wreszcie, o ileby założone zostało w Radomiu Towarzystwo Pomocy dla Szpitala, niniejszą ustawą objętego, do Zarządu wejdzie jeden członek, przez Towarzystwo to z pośród swoich uczestników wyznaczony.

Uwaga 3. Obok członków rzeczywistych Zarządu przy Szpitalu funkcyonować będą uproszone przez Zarząd opiekunki dla ściślejszej kontroli nad pielęgnowaniem chorych dzieci i zaspokajaniem ich potrzeb. Dwie z pośród tych opiekunek mogą być powołane przez Zarząd w charakterze członków rzeczywistych do udziału w obradach nad sprawami szpitalnemi.

§ 5. Wszelkiemi sprawami i interesami Szpitala w najobszerniejszem znaczeniu wyrazu zawiaduje Zarząd, do atrybucyi którego należy między innemi: 1) układanie i zatwierdzanie budżetu wydatków na utrzymanie szpitala, 2) przyjmowanie i zwalnianie lekarzy i określanie ich wynagrodzenia; 3) przyjmowanie Sióstr Miłosierdzia do pielęgnowania chorych, jak również do zarządzania oddzielnemi gałęziami gospodarstwa szpitalnego, określanie wysokości ich wynagrodzenia w gotowiźnie lub w naturaliach, zawieranie w tej mierze umów; 4) przyjmowanie i zwalnianie personalu szpitala, określanie pensyi, 5) strzeżenie całości majątku szpitalnego i zarządzanie tymże majątkiem; 6) przyjmowanie zapisów, darowizn; 7) podnoszenie wszelkich sum, jakieby szpitalowi przypadać mogły z jakiegokolwiekbądź tytułu, realizowanie wszelkich należności Szpitala na warunkach według uznania Zarządu, otrzymywanie wszelkich sum hipotecznych czy to wprost od dłużników i wykreślanie ich z hipotek, czy to od osób trzecich przez podstawienie ich w prawa hipoteczne szpitala lub w drodze cessyi i przepisywanie na rzecz tychże osób trzecich otrzymanych sum w odnośnych księgach hipotecznych; 8) nabywanie nieruchomości i ruchomości dla Szpitala potrzebnych, sprzedawanie tychże, jak również wypuszczanie w dzierżawę majątków nieruchomych Szpitala; 9) decydowanie o sposobie utrzymania dzieci i służby oraz o sposobie zaspokajania potrzeb Szpitala; 10) wznoszenie budowli nowych i remont dawnych; 11) wydawanie wewnętrznych regulaminów, uzupełnianie i zmienianie ich; 12) zaprowadzanie zmian w opłatach za leczenie z zachowaniem przepisu § 18 niniejszej ustawy, jak również przyjmowanie chorych dzieci do szpitala bezpłatnie lub za zniżoną opłatą; 13) umarzanie kosztów leczenia, których ściągnięcie okazało się niemożliwe; 14) ustanawianie opłaty za chowanie zwłok, w wypadkach, gdy rodzina lub opieka nie zajmie się pogrzebem w ciągu dni trzech po zaszłym zgonie; 15) dążenie do możliwego rozszerzenia działalności szpitala, wprowadzenie w nim wszelkich ulepszeń przez naukę wskazanych, zawieranie wszelkich umów i kontraktów prywatnych, rejentalnych i hipotecznych; 17) prowadzenie wszelkich spraw szpitala z władzami administracyjnemi oraz instytucyami społecznemi, 19) udzielanie pełnomocnictw; 20) składanie corocznych sprawozdań Gubernialnej Radzie Dobroczynności publicznej w Radomiu oraz Zarządowi Głównemu do Spraw Gospodarstwa Miejskiego, stosownie do przepisów Ustawy o Dobroczynności Publicznej; 21) ostateczna decyzya, po zasięgnięciu opinii Ogólnego Zebrania członków Towarzystwa Pomocy dla szpitala (o ile takowe zostanie założone), w przedmiocie oddania tegoż szpitala pod zawiadywanie Zarządu Miejskiego, w razie wprowadzenia do kraju samorządu miejskiego.

§ 6. Dla prawomocności uchwał Zarządu niezbędna jest obecność trzech członków.

§ 7. Decyzye Zarządu zapadają prostą większością głosów; w razie równości głosów, głos Prezesa przeważy. Z każdego posiedzenia winien być niezwłocznie po jego ukończeniu sporządzony protokół i podpisany przez członków na posiedzeniu obecnych.

§ 8. Rewizye funduszów i sprawozdań finansowych szpitala ma prawo uskuteczniać Gubernator Radomski w myśl Artykułu 445 Ust. o Dobr. Publ. (red. 1908 r.).

III. Fundusze szpitala.

§ 9. Fundusze szpitala składają się: 1) Z sumy rubli 200.000 w gotowiźnie, zapisanej na rzecz szpitala przez ś. p. Adelę hr. Ożarowską, urodzoną Mattissen, na mocy testamentu własnoręcznego z dnia 25. maja 1910 r., otwartego i ogłoszonego przez Prezesa Sądu Okręgowego Warszawskiego dnia 12 października 1911 roku i oddanego w oryginale do przechowania Stanisławowi Rzepeckiemu, notaryuszowi przy Warszawskim Sądzie Okręgowym; 2) z sumy 71.000 rubli w 4% listach zastawnych Towarzystwa Kredyt. Ziem. w Królestwie Polskiem, zapisanej przez ś. p. hr. Adelę Ożarowską na mocy tegoż testamentu; suma ta zgodnie z jego brzmieniem wpłynie do kasy szpitala po ustaniu dożywoć, przez testatorkę na rzecz osób prywatnych ustanowionych, do tego zaś czasu znajdować się będzie w depozycie w Banku handlowym w Warszawie, jako własność szpitala. Majątek powyższy powiększany być może darowiznami i zapisami, jakie w przyszłości na rzecz szpitala czynione być mogą.

Egzekutorowie testamentu hr. Ożarowskiej: Jan hr. Zamoyski i Kazimierz Olszowski adwokat przysięgły zdecydują z prawem głosu stanowczego łącznie z Zarządem szpitala, jaka część zapisanej przez hr. Ożarowską sumy obróconą być winna na wzniesienie szpitala i jego umontowanie, oraz jaka część i gdzie ma być zdeponowana jako fundusz wieczysty, od którego procenta używane będą na jego utrzymanie.

Środki utrzymania szpitala są następujące: a) procenta od tylko co wymienionej części sumy, na rzecz szpitala przez hr. Ożarowską zapisanej; b) opłata za leczenie chorych dzieci, pobierana stosownie do § 18 niniejszej ustawy; c) ofiary, złożone przez dobroczyńców szpitala w gotowiźnie, ruchomościach, wiktuałach i t. p.; d) dochody z darowizn i legatów, na rzecz szpitala uczynionych; e) sumy otrzymywane od Towarzystwa Pomocy dla Szpitala, o ile takowe będzie utworzone; f) dochody przypadkowe.

§ 10. Dla zbierania ofiar, stosownie do Art. 421 Ust. o Dobr. Publ., zaprowadzone będą puszki po uprzedniem uzyskaniu pozwolenia Rady Guoernialnej Dobroczynności Publicznej.

§ 11. W razie ofiarowania na rzecz szpitala odpowiedniego funduszu z przeznaczeniem procentu na utrzymanie jednego lub kilku łóżek, łóżka te nosić będą nazwiska ofiarodawców.

§ 12. Remanenty pozostałe po zaspokojeniu wszelkich wydatków szpitala w danym roku, zaliczają się na kapitał zapasowy.

§ 13. Kapitały szpitala w miarę gromadzenia się winny być lokowane w papierach procentowych państwowych lub przez Rząd gwarantowanych i przechowywane w instytucyach Banku Państwa, w Kasach Oszczędności Państwowych albo też w solidnych instytucyach finansowych prywatnych. Do tychże instytucyi powinny być wpłacane na rachunek bieżący fundusze obrotowe szpitala i tylko gotowizna na wydatki bieżące, w wysokości oznaczonej przez Zarząd, może pozostawać w rękach odnośnej osoby z administracyi szpitala.

Darowizny i zapisy uczynione na rzecz szpitala w sumach hipotecznych mogą nadal na tychże hipotekach pozostawać, o ile Zarząd uzna to za właściwe.

IV. Prawa i obowiązki szpitala.

§ 14. Szpital posiada pieczęć »Szpital prywatny dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich«.

§ 15. Nieruchomość szpitala, wszelkie jego ruchomości jako też kapitały stanowią wyłączną własność szpitala i na inny cel użyte być nie mogą.

§ 16. Bezpośredni zarząd szpitalem należy do naczelnego lekarza, w zakres obowiązków którego wchodzi: 1) przyjmowanie, leczenie i uwalnianie ze szpitala chorych dzieci oraz kierownictwo szpitala pod względem leczniczym; 2) składanie corocznie miejscowemu Urzędowi Lekarskiemu sprawozdań szczegółowych o działalności szpitala według wzoru przez tenże Urząd przepisanego; 3) składanie Urzędowi Lekarskiemu peryodycznych wykazów stosownie do przepisów obowiązujących i rozporządzeń Władzy; 4) zawiadamianie Urzędu Lekarskiego o każdym wypadku zgonu jako też zawiadamianie o tem policyi miejscowej i osób, które oddały dziecko do szpitala; 5) osobista obecność podczas rewizyi szpitala przez Gubernialnego Inspektora Lekarskiego lub inne osoby urzędowe i zapewnienie im w tym razie wszelkiego współudziału.

V. Sposób przyjmowania, utrzymywania i wypisywania ze szpitala.

§ 17. Sposób przyjmowania do szpitala, utrzymania chorych dzieci i wypisywania ich ze szpitala określa Zarząd z zastosowaniem się do Ustawy Normalnej o lecznicach prywatnych z dnia 4. września 1903 roku.

Uwaga. Do szpitala nie będą przyjmowane dzieci, dotknięte idyotyzmem, epilepsyą, zaraźliwem zapaleniem oczów, syfilisem i wogóle chorobami chronicznemi i nieuleczalnemi. Dziecko, u któregoby po przyjęciu na kuracyę zauważono jakąkolwiek z tych chorób, winno być natychmiast ze szpitala wypisane i do właściwego szpitala skierowane.

§ 18. Opłata za leczenie i utrzymanie w szpitalu wynosi

kopiejek 75 dziennie. Zmiana wysokości tej opłaty należy do atrybucyi Zarządu, który będzie mieć przytem na uwadze zmiany zaprowadzone w szpitalach, będących w zawiadywaniu Rady Gubernialnej Radomskiej.

O każdej zmianie opłaty Zarząd Szpitala powiadomi Radę Gubernialną Dobroczynności Publicznej w Radomiu.

Osoby, dotknięte chorobami chirurgicznemi lub infekcyjnemi, wymagającemi specyalnych zabiegów, mogą być przyjmowane do Szpitala na warunkach, określonych w każdym poszczególnym wypadku w drodze oddzielnej umowy.

§ 19. Opiekunowie, lub krewni zmarłego dziecka powinni w ciągu dni trzech postarać się o zabranie jego ciała, gdyby wszakże zmarłe dziecko nie miało ani krewnych, ani opiekunów, to pochowane zostanie kosztem szpitala. Opłaty za tego rodzaju pogrzeb ustanawiane będą z roku na rok przez Zarząd Szpitala.

§ 20. Wykaz należności za leczenie w szpitalu, nie zapłaconych dobrowolnie, komunikowany będzie przynajmniej co kwartał przez Zarząd Szpitala Gubernialnej Radzie Dobroczynności Publicznej w Radomiu, która przystąpi do wyegzekwowania rzeczonych należności na zasadach, przepisanych co do egzekwowania kosztu leczenia w szpitalach publicznych, i wyegzekwowane pieniądze prześle Zarządowi Szpitala.

Radomskiej Gubernialnej Radzie Dobroczynności Publicznej przysługuje prawo sprawdzania wysokości należności, podanych do wyegzekwowania przez Zarząd Szpitala.

Po dłuższych debatach uchwalono następujące zmiany w Ustawie:

A) § 3. punkt 20. § 5. § 8. punkta 3. 4. 5. § 16. oraz § 17. jako zgodne z istniejącem prawodawstwem nie podlegają dyskusyi. § 20. jako niezgodny z istniejącem prawodawstwem, dla prawomocności którego należałoby Ustawę przeprowadzić przez Izbę Państwową, ulega wykreśleniu.

B) § 4. zmienia się w sposób następujący: iż Zarząd składa się z dziesięciu członków, w ich liczbie lekarz, wybrany przez Tow. Lek. Radomskie, jako jego przedstawiciel. W końcu tegoż § po słowie »zgodą« dodać, iż na miejsce przedstawiciela Tow. Lek. Rad. po jego śmierci lub ustąpieniu powołany być musi lekarz, trybem powyżej wskazanym wybrany. W uwadze pierwszej § 4 dodać na końcu: »oraz dziesiąty członek, lekarz, przedstawiciel Tow. Lek. Rad. (Motywa: Tow. Lek. Radomskie wychodziło z założenia, iż zarówno do narad przedwstępnych oraz do budowy, a także do zarządzania sprawami szpitalnemi powinien być powołany fachowiec lekarz w celu dokładnego informowania Zarządu o potrzebach szpitalnych i sposobach należytego kierowania sprawami szpitala. Brak lekarza w Zarządzie wbrew istniejącemu zwyczajowi wydałby się dziwnym i mógłby wpłynąć niekorzystnie na bieg spraw szpitalnych. Obecność w Zarządzie naczelnego lekarza, jako funkcyonaryusza, pomimo wysokiej powagi nie gwarantuje należycie sądu i opinii fachowych kół lekarskich).

W uwadze drugiej § 4 zamiast Zarządu miasta umieścić »Rady miejskiej«, zamiast »Zarząd« — »Radę tę«, zamiast »do Zarządu wejdzie jeden członek« zmienić »dwóch członków«, zamiast »wyznaczonych« — »wybranych«. (Motywa: Zarząd miejski składać się będzie przypuszczalnie z trzech osób, jako wykonawców dyrektyw Rady miejskiej. Słuszniejszą tedy wydawałoby się rzeczą, aby do Zarządu szpitala wszedł jeden członek Rady miejskiej, aniżeli jeden członek trójgłowego i obarczonego licznemi sprawami Zarządu. Daleko bowiem łatwiej wśród członków Rady miejskiej znaleźć chętnego i obeznanego ze sprawami szpitalnemi człowieka, aniżeli wśród szczupłego Zarządu. Ponieważ Tow. Pomocy dla szpitala będzie zbierało fundusze na utrzymanie tegoż, przeto słusznem się wydawało, aby to Tow. posiadało dwóch przedstawicieli w Zarządzie, gdyż sprawy finansowe stanowić będą oś spraw szpitalnych. Towarzystwo też powinno posiadać prawo wybierania z pośród siebie najgodniejszych członków).

Uwagę trzecią wykreślić. (Motywa: Instytut opiekunek dla ściślejszej kontroli nad pielęgnowaniem chorych dzieci i zaspokajania ich potrzeb jest nietylko zbyteczny, ale wprost szkodliwy. Bezpośredni nadzór nad powyższemi sprawami spoczywać będzie w ręku naczelnego lekarza, bezpośrednie wykonanie zgodnie z ordynacyą tegoż należeć będzie do Sióstr Miłosierdzia i niższej służby szpitalnej. Wprowadzenie trzeciego czynnika pomiędzy powyższe dwie organizacye grozi wytworzeniem nieustannych starć, gdyż nieumiejętne obchodzenie się z choremi dziećmi szpitalnemi, z drugiej zaś strony pewna supremacyą opiekunek nad Siostrami Miłosierdzia, a także może chęć kontrolowania czynności lekarskich, wytworzy chaos i osłabi sprężystość w kierowaniu szpitalem. Ponieważ Siostrom Miłosierdzia można całkowicie zaufać, przeto instytut kontrolujący jest zupełnie zbyteczny, tembardziej, iż próby, robione w tym kierunku, jak stwierdzają lekarze szpitalni, nie dały dobrych wyników, co też zmusiło do wyrzeczenia się pomocy społecznej w powyższej formie. Jeśli ustawodawcy mieli na widoku zbieranie środków na pierwsze potrzeby szpitala przy pomocy kobiet, jako ruchliwego czynnika agitacyjnego, to mogli to uczynić, zagwarantowawszy w Ustawie Tow. pomocy, by do Zarządu jego weszły obowiązkowo kobiety).

W całej ustawie wykreślić wyraz »rzeczywisty«, gdyż Ustawa nie przewiduje innych członków.

W § 5. wykreślić wyrazy »między innemi«, gdyż atrybucye Zarządu są należycie wyspecyfikowane.

W punkcie drugim § 5. zmienić w sposób następujący: »mianowanie, zwalnianie naczelnego lekarza oraz określenie jego wynagrodzenia«. (Motywa: Uszczuplenie kompetencyi Zarządu w tym punkcie jest niezbędne z tego względu, iż dla prawidłowego kierownictwa szpitalem koniecznem jest, aby naczelny lekarz miał prawo dobierać sobie odpowiednich współpracowników, na których wiedzy i sumienności mógłby polegać i by nad nimi sprawował jurysdykcyę, przedstawiając ich jedynie Zarządowi do zatwierdzenia i uwolnienia. Niezależność młodszych ordynatorów od naczelnego lekarza grozić może częstymi między nimi konfliktami ze szkodą dla szpitala).

W punkcie trzecim § 5. winno być »zawieranie umów z Siostrami Miłosierdzia«. Wykreślić drugą część, poczynając od słów »oddzielnemi gałęziami«. (Motywa: Sposób podziału czynności pomiędzy Siostrami określa starsza Siostra, zaś wysokość wynagrodzenia oznacza Zarząd Instytutu Sióstr św. Kazimierza w Warszawie).

Punkt czwarty zmienić w następujący sposób: »zatwierdzanie i zwalnianie młodszych ordynatorów szpitalnych na przedstawienie naczelnego lekarza oraz określenie pensyi«. (Motywa: Niższy personal służbowy powinien być zależny bezpośrednio od naczelnego lekarza. Jedynie ten sposób zarządzania gwarantuje dokładność wypełniania zleceń lekarskich i gospodarczych. Zarząd szpitala nie może wglądać w drobne szczegóły codziennego życia szpitalnego, przeto nie może być należycie informowany o działalności niższej służby szpitalnej).

Punkt 21. § 5. zredagować w sposób następujący: »Po zaprowadzeniu samorządu miejskiego w Król. Polskiem i z chwilą ukonstytuowania się władz miejskich w Radomiu szpital dziecięcy przechodzi pod zarząd miasta, zachowując swą nazwę dotychczasową i przeznaczone na jego utrzymanie fundusze. Od chwili powyższej ustają atrybucye i czynności dotychczasowego Zarządu szpitala. (Motywa: Chwiejny byt naszych szpitali zależy od niewłaściwego pojmowania zarówno przez społeczeństwo, jak i przez władzę, istotnych zadań i celów szpitalnictwa. Odziedziczone siłą rzeczy poglądy na szpital, jako na instytucyę dobroczynną, zawdzięczającą swoje powstanie w mniej więcej odległej przeszłości pojedynczym dobroczyńcom, wdrażały przekonanie w społeczeństwo, iż szpital nie stanowi instytucyi społecznej niezbędnej narówni ze szkołami, instytucyi, których znaczenie z biegiem czasu wskutek przeobrażeń społeczno-ekonomicznych wzrasta i które zaspokajają potrzeby lecznicze i zapobiegawcze (w chorobach zakaźnych) coraz szerszych kół społeczeństwa. Obojętność władz dla naszego społeczeństwa nie sprzyjała ani rozwojowi szpitali, ani też utrwaleniu ich bytu. Coraz bardziej złożone sposoby leczenia, wzrastające wymagania nowoczesne w urządzeniu i utrzymaniu szpitali, czynią utrzymanie szpitali coraz kosztowniejszem i trudniejszem dla braku należytych środków. Frekwencya szpitali wzrasta coraz bardziej, jakkolwiek poważne trudności w tym względzie, szczególniej dla ludności wiejskiej, stanowi opłata za leczenie względnie duża. Niejednokrotnie chorych wieśniaków odstrasza od szpitala ta ostatnia okoliczność lub też obawa niechęci ze strony gminy, która ponosić będzie koszta leczenia swoich niezamożnych chorych. Aby ułatwić dostęp do szpitala szerokim masom społecznym, podać racyonalną pomoc, a tym sposobem powiększyć zdrowotność mas, usunąć kalectwa i zmniejszyć ciężary, jakie ponosi społeczeństwo na utrzymanie inwalidów pracy — niezbędnem jest, by szpitale leczyły swoich chorych darmo lub też za minimalną opłatą. Natomiast ciężar utrzymania szpitali powinien spoczywać na barkach całego społeczeństwa, opłacającego odpowiedni podatek. Tym sposobem i zarząd szpitala powinien spoczywać na barkach samego społeczeństwa resp. jego samorządnych organizacyi: samorzędnych gmin miejskich i wiejskich. Kierując się

powyższymi względami Tow. Lek. Rad. uważało za właściwe uwypuklić swoje poglądy w kategorycznej redakcyi punktu 21 § 5).

W § 6. zmienić, jak następuje: »Dla prawomocności uchwał Zarządu niezbędna jest obecność przynajmniej połowy członków Zarządu, w których liczbie powinien być: prezes lub jego zastępca, naczelny lekarz i jeden członek Tow. pomocy dla szpitala«. (Motywa: Ponieważ na posiedzeniach Zarządu rozpatrywane będą sprawy administracyjne, finansowe i lekarskie, przeto wydawało się celowem, by obecni byli członkowie Zarządu, najbardziej z temi sprawami obznajmieni. Dla uniknięcia zaś przypadkowości w uchwałach Zarządu pożądana jest obecność przynajmniej połowy jego członków).

W punkcie 7. § 9. dodać »z zabaw, przedstawień teatralnych, koncertów, loteryi fantowych, odczytów, kiermaszów itp.«

W § 16. w punkcie pierwszym zmienić słowo »uwalnianie« na »wypisywanie« oraz dodać na końcu: »i administracyjnym«. (Motywa: Ponieważ bezpośredni zarząd szpitalem należy do naczelnego lekarza, przeto nieodłączną częścią jego czynności będzie zarządzanie administracyą szczegółową).

W tytule § 16. wykreślić: »między innemi«. (Motywa powyżej).

Do atrybucyi lekarza naczelnego dodać § 1a: »przedstawianie do zatwierdzania i uwalniania młodszych ordynatorów szpitalnych« i § 1b: »przyjmowanie i uwalnianie niższej służby szpitalnej«. (Motywa powyżej).

Uwagę do § 17. zredagować w sposób następujący: »Do szpitala nie będą przyjmowane dzieci, dotknięte idyotyzmem, padaczką (epilepsyą), chorobami umysłowemi i wogóle chorobami nieuleczalnemi. Dzieci, dotknięte jaglicą, będą przyjmowane o tyle, o ile będzie istniał oddział oftalmiczny. (Motywa: Byłoby bardzo pożądane, by do szpitala były przyjmowane dzieci z zaraźliwem zapaleniem oczów, gdyż ślepota, wynikająca wskutek zaniedbania cierpienia oczów, stanowi niestety znaczną odsetkę kalectw wśród ludu naszego. Ponieważ z chorób zaraźliwych oczu jedyna jaglica stanowi największe niebezpieczeństwo przeniesienia się zarazy na zdrowe dzieci, przeto ten gatunek chorych wykluczyliśmy z opieki szpitalnej dla braku izolacyjnego dla nich oddziału. Inne cierpienia oczów powinny znaleźć pomieszczenie w szpitalu. Dzieci, dotknięte przymiotem (syfilisem) powinny być przyjmowane do szpitala, gdyż przy odpowiednim nadzorze są nieszkodliwe dla otoczenia, zaś nieleczone albo umierają albo ulegają zwyrodnieniu. Tymczasem prawidłowe leczenie przywraca im zdrowie w krótkim czasie. Wykreśliliśmy z uwagi »cierpienia chroniczne«, gdyż do ich rzędu należące swoiste cierpienia wieku dziecięcego, jak gruźlica, zołzy i krzywica wymagają racyonalnego leczenia szpitalnego. Druga część uwagi ulega zupełnemu wykreśleniu ze względu na to, że stanowi powtórzenie resp. logiczny wniosek z pierwszej części uwagi).

§ 18. zredagować w sposób następujący: »Opłata za leczenie w szpitalu wynosi: 50 kop. na oddziale wewnętrznym i infekcyjnym, 75 kop. na chirurgicznym«.

Wykreślić ostatnią część § 18. od słów: »osoby dotknięte chorobami chirurgicznemi« do końca paragrafu. (Motywa: Wobec nieustannego panowania chorób zakaźnych w Radomiu, jak wogóle w całym kraju, niezbędne jest istnienie oddziału zakaźnego (infekcyjnego), bez którego szpital dzisiejszy straciłby wszelką racyę bytu. Zarówno w celu leczenia coraz bardziej złożonego, jakoteż w celach zapobiegawczych, istnienie tego oddziału jest konieczne. Tosamo da się powiedzieć o oddziale chirurgicznym. Mali pacyenci, podlegając operacyom lub innym rękoczynom chirurgicznym, jak ortopedya, miesienie, czuć się będą bardziej swojsko w otoczeniu małych towarzyszy niedoli, aniżeli dorosłych. Wreszcie specyalne zabiegi chirurgiczne dziecięce wymagają odpowiednich urządzeń, których brak w szpitalach ogólnych. Z tego względu chorych powyższej kategoryi należy bezwarunkowo przyjmować do szpitala. Gdyby dla nich ustanowiono oddzielną opłatę według umowy w każdym poszczególnym wypadku, jak tego chce Projekt Ustawy, wyrobiłoby się przekonanie w publiczności, że chorzy, lepiej płacący, mają staranniejszą i lepszą opiekę, aniżeli biedniejsi, co przeczy przeznaczeniu szpitala. Skargi o interesowności lekarza naczelnego, któryby umowy zawierać musiał, napływałyby zbyt często do Zarządu, co uważamy za wysoce niepożądane zarówno dla interesów szpitala, jak i dla naczelnego lekarza).

Członek Zarządu Sekretarz: T. Rakowski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 4. X. 1911.

Przew. Sterling, Sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Czaplicki: **Ropne zapalenie opłucnej u dzieci** na podstawie materyału ze szpitala Anny Maryi.

Przez 6 lat leczono takich przypadków w szpitalu Anny-Maryi 150, z tych 85 chłopców i 65 dziewcząt. Najwięcej (56) z tych dzieci było w wieku od 1—2 lat. W 71 przypadkach wysięk opłucnej następował po zapaleniu płuc, płonicy, odrze, ospie i błonicy. Najzłośliwsze są przypadki po płonicy (52% śmiertelności); przyczyną jest wyniszczenie ustroju przebytą chorobą zakaźną, oraz ciężkie powikłanie płonicy. Złośliwość innych przypadków zależy od rodzaju drobnoustrojów. Co do zabiegu operacyjnego, to w większości przypadków resekowano żebro. W 12 przypadkach nakłuto klatkę piersiową (thoracocentesis). W 4 wypuszczano ropę za pomocą przyrządu Potaina, ostatnie przypadki należały do bardzo ciężkich, tak że nie ryzykowano dłuższego zabiegu operacyjnego. Uśpienie stosowano przeważnie chloroformowe. Z powikłań najczęstszem było zapalenie jelit, występujące przeważnie u niemowląt, poza tem zapalenie nerek, różne zakażenia przypadkowe, oraz ropienia przerzutowe. Wogóle ze 130 przypadków leczonych na oddziele chirurg. 13 opuściło szpital wyleczonych, 74 z polepszeniem, 20 bez polepszenia, 23 zmarło. Odsetek śmiertelności 30. Osesków było 13, z tych 9 wyszło z polepszeniem, 4 bez polepszenia.

W dyskusyi kol. Goldberg oświadcza się za uśpieniem eterowem, jako najmniej szkodliwem u dzieci. Nie widzi również możności zastosowywania u dzieci znieczulenia miejscowego. — Kol. Szwarcwasser kładzie nacisk na konieczność robienia rentgenogramów w przypadkach ropni płuc. — Tennenbaum zaznacza, że czynnikiem etyologicznym w zapaleniu płuc może być nieżyt jelit.

Goldmann widział ropne zapalenie opłucnej, u 10-letniego chłopca po urazie. Zapalenie ropne opłucnej, o ile bywa płatowe, czasami bardzo trudno rozpoznać. Drenować zaleca grubymi, ale krótkimi drenami. Nakłucie (thoracocentesis) w rozpaczliwych przypadkach może być jedynie dopuszczalnym zabiegiem. Z obustronnem zapaleniem miał 3 przypadki (1 po płonicy i 2 metapneumoniczne).

Kol. Sterling zwraca uwagę na przypadki zapalenia ropnego opłucnej, które występuje z wysoką gorączką, nagle, u osesków (w przebiegu sepsis); w ciągu doby występują objawy pozorne nacieczenia płuca całej strony; nakłucie próbne wykazuje ropę. Sprawa zawsze śmiertelna.

Kol. Czaplicki w odpowiedzi zaznacza, że przy ropnem zapaleniu opłucnej oddaje pierwszeństwo uśpieniu chloroformowemu. Znieczulenie miejscowe polegało na zamrażaniu skóry chlorkiem etylu. W wątpliwych przypadkach zawsze robiono rentgenogramy. W roztrząsanie ogólnej etyologii ropnych zapaleń opłucnej prelegent nie wdawał się, bo odczyt swój wygłosił na podstawie materyału szpitalnego w przeciągu 5 lat.

2) Kol. Sterling przeczytał list kol. L. Rutkowskiego o zawiązaniu przy Tow. lekarskiem Kółka antropologicznego, któreby się zajęło pomiarami antropologicznymi tutejszej ludności.

Po dyskusyi proszono kol. Pieniążka, aby na jednem z najbliższych posiedzeń zapoznał Tow. ze sposobami i metodą badania.

3) Kol. Sonnenberg przedstawił **preparaty mikroskopowe krętka załamującego światło**, oraz paciorkowców, barwione metodą Burriego, oraz **preparaty krętka bladego,** barwione metodą Lenartowicza i Potrzobowskiego. Kol. S. omówił szczegółowo technikę tych sposobów barwienia, tak odrębną od zwykłych metod, przy których barwione są bakterye, odcinające się od tła mniej lub inaczej zabarwionego, i w końcu mówił o czynnikach, warunkujących występowanie, jak w danym przypadku,

tworów niezabarwionych na tle zabarwionem (streszczenie własne).

Posiedzenie z dnia 19. X. 1911.

Przew. Sterling. Sekretarz Tomaszewski.

1) Kaufman miał wykład: **O samozatruciu w przebiegu ciąży.**

Zmiany, zachodzące w całym ustroju w przebiegu ciąży, tłómaczono dawniej jedynie jako skutek wpływu nerwów lub przyczyn mechanicznych. Niewątpliwie ciąża wywiera wielki wpływ na stan psychiczny i układ nerwowy kobiety, niewątpliwie też niektóre zmiany, jak np. powstanie żylaków lub krwawienie są wynikiem ucisku; większość, jednak zaburzeń nie daje się do tych dwóch przyczyn sprowadzić i w ciągu ostatniego dziesiątka lat wytworzyło się przeświadczenie, iż przyczyną tych zaburzeń jest samozatrucie. Tak np. zmiany w wątrobie ciężarnych, które niegdyś, opierając się na powadze Virchowa, uważano za następstwo ucisku, francuzcy uczeni zaczęli tłómaczyć jako wynik zatrucia, kładąc wielki nacisk na hepatotoksemię w przebiegu ciąży.

Taką samą ewolucyę przebyła nauka o wymiotach nieustających u ciężarnych. Kaltenbach w r. 1890 za przyczynę wymiotów niepowściągłych przyjął histeryę. Dobre wyniki, otrzymane przez leczenie jego metodą, to jest jakoby przez sugestyę, a właściwie przez spokój i dyetę, zdawały się potwierdzać słuszność tego poglądu, tymczasem przypadki ciężkie, niekiedy z zejściem śmiertelnem, dające zarówno klinicznie jak i przy autopsyi tak łudzący obraz zatrucia, iż w wnętrznościach poszukiwano fosforu itp. jadów, doprowadziły do zupełnego zarzucenia tej teoryi i do postawienia na jej miejsce samozatrucia jako przyczyny wymiotów niepowściągłych.

To samo nastąpiło w dziejach nauki o rzucawce. Od chwili, gdy Lerer (1843) zaznaczył związek rzucawki z białkomoczem, gdy Leyden opisał nerkę ciężarnych jako zmianę swoistą, polegającą nie na zapaleniu, lecz na nacieku tłuszczowym, upatrywano przyczynę drgawek porodowych w ucisku albo na nerki (Frerichs), lub na moczowody (Bamberger) i identyfikowano rzucawkę z mocznicą. Gdy jednakże zwiększała się ustawicznie ilość opisanych przypadków drgawek bez białkomoczu, zaczęto skłaniać się ku przyjmowaniu za przyczynę rzucawki jadu, za który jedni (Fehling) poczytywali przetwory przemiany materyi płodu, inni jak Veit i Ascoli, komórki syncytyum, Dienst nadmiar fibrynogenu, inni fermenty, tworzące się w łożysku, wreszcie Thies i Graefenberg poprostu białko płodu, przedostające się przez łożysko do ustroju matki i zachowujące się tam, jak białko innego gatunku lub przynajmniej obce krwi danego ustroju (blutfremd). Tak samo inne zaburzenia przy ciąży, np. ślinotok, zapalenie wielu nerwów (polyneuritis) uważa się obecnie za objawy samozatrucia.

Zmiany anatomo-patologiczne, opisane przy wymiotach niepowściągłych przez Edgara, Wiliamsa, Mac-Donalda i innych amerykańskich pisarzy, a z niemieckich po raz pierwszy przez Lindemanna, polegały na zwyrodnieniu miąższowem wątroby i nerek, niekiedy też mięśnia sercowego. W sprawie rzucawki epokowe znaczenie miała praca Schmorla, który na zasadzie 73 protokółów sekcyjnych wykazał, iż przy chorobie tej powstają zatory i zakrzepy, a w związku z niemi ogniska martwicze, przedewszystkiem w nerkach (72), w wątrobie (71), w płucach (65) itd.

Czy toksyna przy samozatruciu podczas ciąży jest jedna tylko, czy przy różnych przejawach występują różne, jest dotychczas sprawą sporną. Wprawdzie stwierdzano często ciągłość objawów lub jednoczesne wystąpienie różnych postaci samozatrucia (np hyperemesis i polyneuritis). lub też wymioty nieustające w pierwszych miesiącach, a w końcu ciąży rzucawka (skąd określenie niektórych autorów, iż wymioty niepowściągłe są rzucawką pierwszych miesięcy ciąży), jednakże różne obrazy anatomiczne nie pozwalają jeszcze na to uogólnienie.

Kazuistyka: Dla scharakteryzowania wybitniejszych typów chorób, polegających na samozatruciu przy ciąży, przytacza prelegent kilka cudzych i własnych spostrzeżeń, mianowicie: 1) 3 przypadki Czyżewicza, zakończone zejściem śmiertelnem wskutek wymiotów niepowściągłych. 2) Przypadek ślinotoku, w połączeniu z opryszczkami (herpes gestationis), spostrzegany przez K. wspólnie z kol. Birencweigiem u pierwiastki w 7. miesiącu ciąży. Na wywołanie przedwczesnego porodu otoczenie chorej się nie zgodziło, chora zmarła na początku 9. miesiąca 3) Przypadek wymiotów nieustających w 3. miesiącu pierwszej ciąży u kobiety 25-letniej, spostrzegany przez kol. Sterlinga i K. Olbrzymie wychudnięcie, tętno 160. Po wywołaniu sztucznego porodu, tętno spadło do liczby prawidłowej, zjawiło się się natomiast zapalenie wielu nerwów, które przykuwało chorą do łóżka jeszcze w ciągu dwóch miesięcy. 4) Przypadek krwawych wymiotów w końcu ciąży. Pierwiastka lat 35. w ciągu pierwszych 5 miesięcy miała się dobrze, pod koniec 6. miesiąca pojawiły się wymioty, palenie, zgaga, odbijanie. Po kilku tygodniach K. stwierdza znaczne schudnięcie, cerę żółtawą, liczne petechie, język suchy, pokryty ciemno-brunatnym nalotem; ciepłota i tętno prawidłowe, mocz zawiera ślady białka, zmniejszoną ilość chlorku. Jednocześnie z bolami, które wystąpiły w końcu 8. miesiąca ciąży, wymioty czarne w ilości 100—200 gramów przy każdym bólu. Po zakończeniu porodu — dwa płody nieżywe, zlekka zmacerowane — wymioty nie ustają. Ciepłota poniżej prawidłowej, potem prawidłowa. Trzeciego dnia zaprzestano podawania jakichkolwiek płynów wewnętrznie, poprzestając na przemywaniu jamy ustnej i wstrzykiwaniu podskórnem rozczynu soli kuchennej. Czwartego dnia wymioty ustały, pojawił się niepokój i halucynacye. Piątego dnia ciepłota 37·5, tętno 102, obustronne zapalenie ślinianki przyusznej, następnego dnia 38·5, w nocy śmierć.

Przykładów rzucawki, jako powszechnie znanych, prelegent nie podaje. Zwraca natomiast uwagę na rzucawkę bez drgawek. Przypadki takie opisywał już Schmorl.

Na wystąpienie objawów zatrucia mają wpływ gruczoły z wydzieliną wewnętrzną, t. zw. gruczoły wkrewne. Ze stanowiska wpływu ich na ciśnienie krwi można je podzielić na 2 grupy: powiększające ciśnienie, do takich należy wydzielina nadnercza i przysadki mózgowej, do drugiej wydzielina gruczołu przytarczowego i jajnika. Antagonistyczne działanie tych gruczołów równoważy się nawzajem. Przy ciąży działanie wszystkich tych gruczołów jest wzmożone. Stale stwierdzano np. adrelinemię podczas ciąży, zwykle powiększa się gruczoł tarczowy, taksamo powiększona jest przysadka mózgowa. Jeśli więc w czasie ciąży jedne z gruczołów wkrewnych podlegają przerostowi, inne nie, to następuje naruszenie równowagi i objawy zatrucia mocniej występują. Tak np. niedostateczny rozwój gruczołu tarczowego, hypothyreosis, stawiano w związku z wymiotami ciężarnych i rzucawką.

Rokowanie przy wymiotach niepowściągłych na ogół jest niepomyślne. Według statystyki Cohnsteina w 60% przypadków wymioty nie ustają zaraz po przerwaniu ciąży, a w 12% kończą się śmiercią pomimo wywołania poronienia. Przy rzucawce, dzięki wprowadzeniu nowych metod operacyjnych i zasady wczesnego oraz szybkiego rozwiązania, rokowanie w ostatnich latach poprawiło się znacznie.

Leczenie: Przy wymiotach niepowściągłych metoda Kaltenbacha, pomimo, iż tłómaczenie jego przyczyny wymiotów przy ciąży upadło, w większości przypadków daje wyniki dobre. Spokój, dyeta, sprowadzona wyłącznie do małych ilości mleka lub wody, wstrzykiwania podskórne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, uregulowanie czynności jelit sprzyjają widocznie wydzielaniu się toksyn. Tyreoidyna przy wymiotach u ciężarnych daje niekiedy bardzo dobre wyniki. Wywołanie sztucznego poronienia jest środkiem ostatecznym, nie mamy jednak wyraźnych wskazań, w jakiej mianowicie chwili do tego zabiegu się uciec.

Według jednych wykonać je należy, gdy tętno przewyższa 100 na minutę; według innych, wskazówką jest szybkie zmniejszanie się wagi ciała, nie wiemy jednakże, w jakim stanie znajduje się wątroba i nerki, niekiedy zmiany w nich w chwili wywołania poronienia są już zbyt daleko posunięte. Przy zwiastunach rzucawki stosują również tyreoidynę. Leczenie tej choroby w przyszłości polegać zapewne będzie na wstrzykiwaniu surowicy krwi zdrowych ciężarnych.

W dyskusyi zabrał głos kol. Maybaum: Przy nieżycie krwawym na tle samozatrucia śluzówka usiana jest maleńkiemi owrzodzeniami (ulcuscula Virchowa), które się nie zabliźniają; mogą one być źródłem nawet śmiertelnych krwotoków. Występują one przy zakażeniach ogólnych, mocznicy, gruźlicy, rzucawce i zapaleniu płuc. Spostrzegany wspólnie z kolegą Kaufmannem ostatni jego przypadek kol. Maybaum zalicza do tej kategoryi.

Kol. M. Cohn uzależnia niekiedy dalsze trwanie wymiotów po porodzie od pozostawienia części jaja płodowego. — Kol. Rueger przytacza przypadek drgawek bez białkomoczu. W moczu ogromne ilości kwasu tłuszczowego i tyrozyny. — Kol. Rundo zarzuca Kaufmannowi, że nie wspomniał o leczeniu rzucawki metodą Stroganowa. — Kol. Goldmann uważa ostatni przypadek Kaufmanna za septyczny. Przy ogólnem zakażeniu często widywał czarne wymioty. — Kol. Tomaszewski zapytuje, jak objaśnić zupełnie prawidłowy poród u kobiet, którym wycięto $^{3}/_{4}$ gruczołu tarczowego. — Kol. Sterling przypomina, że postać chorobowa, znana pod nazwą »ostrego zaniku wątroby«, zdarza się właśnie w przebiegu ciąży i że wiele z wyliczonych przez prelegenta objawów charakteryzuje tę właśnie postać chorobową. Czy więc do obrazu zatruć płodowych należy zaliczyć i ostry zanik wątroby, a przynajmniej przypadki napotykane w przebiegu ciąży? S. nie zgadza się z prelegentem, by trzeci z opisanych przypadków wolno było bez zastrzeżeń uważać za zatrucie płodowe; bez kontroli anatomo-patologicznej — tylko przez analogię niektórych objawów — nie należy rozszerzać ram i tak dosyć mglistego obrazu chorobowego. W przypadkach, gdzie niepodobna przez czas dłuższy karmić chorego przez usta, za mało dotąd korzysta się z karmienia podskórnego zapomocą wstrzykiwania tłuszczu; tą drogą można wprowadzić do 40 grm np. oliwy na raz (około 400 kaloryi).

Kaufmann odpowiada kol. Maybaumowi, iż niewątpliwie przypuszczać można w danym przypadku drobne owrzodzenia żołądka, za przyczynę jednak powstania tych owrzodzeń uważać należy zatrucie. — Kol. M. Cohnowi odpowiada prelegent, że nieustawanie objawów zatrucia po zakończeniu porodu tłómaczyć można istotnie niekiedy pozostaniem cząstek łożyska lub doczesnej; dlatego też Tellner przy drgawkach po porodzie zaleca wyskrobanie macicy. Trudno jednak w ten sposób tłómaczyć dalsze trwanie wymiotów u chorych, u których ciążę przerwano zapomocą skrobania, tj. usunięto całkowicie jaje płodowe. — Kol. Ruegerowi: kryształy tyrozyny i kwasów tłuszczowych znalazł Czyżewicz w jednym ze swoich przypadków wymiotów niepowściągłych. — Kol. Rundzie: metodę Stroganowa stosuje się obecnie bardzo rzadko. Wielkie statystyki z klinik Döderleina, Zweifla i Bumma wykazują, iż lepsze wyniki daje szybkie zakończenie porodu. — Kol Goldmannowi: Wymioty w podanym przypadku były istotnie czarne, nie było jednak danych do uważania sprawy za septyczną, lub będącą skutkiem obumarcia płodów, ponieważ aż do chwili zjawienia się zapalenia ślinianek, tętno i ciepłota były prawidłowe. Płody obumarły niedawno, wymioty zaś krwawe (chora nazywała je spalone), jak się okazało, zdarzyły się już na kilka tygodni przedtem. — Kol. Tomaszewskiemu odpowiada prelegent, że po tyroidektomii pozostają jednakże dostateczne ilości gruczołu tarczowego. — Kol. Sterlingowi: Żadnych danych do przypuszczenia sapremii nie było. Mleko podaje się poprostu jako odtrutkę, tak samo jak przy innych truciznach. Ostry zanik wątroby w niektórych przypadkach, jest skutkiem zakażenia, niekiedy zaś również wywołany jest przez samozatrucie. Przypadek taki opisał Acconci. Przy sekcyi chorej, zmarłej wśród objawów rzucawki i żółtaczki, znaleziono w rozgałęzieniach żyły wrotnej ogromne ilości komórek Langhansa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 24 b. m. posiedzenie, na którem kol. Blassberg przedstawił przypadek »albuminuria orthostatica«; w dyskusyi przemawiali kol. Prof. Lewkowicz, Stahr, Kostrzewski i Jendl-Sausenhofen. W dyskusyi nad wykładem kol. Disenberga przemawiali Prof. Bujwid i prelegent. Kol Blassberg wygłosił wykład: »O wydzielaniu wewnętrznem; w dyskusyi przemawiał kol. Koźniewski.

Najbliższe posiedzenie Towarzystwa w d. 31. b. m. odbędzie się w klinice chorób wewnętrznych.

— Otrzymujemy następujące pismo: »Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności zawiadamia niniejszem, że bieżący okres nagrodowy funduszu imienia książąt Jerzego Romana z Rozwadowa i Adama z Miżyńca Lubomirskich obejmuje lata: 1910, 1911, 1912. Postanowienie co do sposobu użycia nagromadzonych w ciągu trzechlecia odsetek zapadnie w początku 1913 roku, o ile możności dnia 7 lutego. Zgodnie z przepisem § 2. uchwały pełnego zgromadzenia Akademii Umiejętności z dnia 27 listopada 1906 r., odsetki z funduszu im. ks. Lubomirskich płynące, po strąceniu 10% na cele tam wskazane, mają być używane: a) na udzielanie nagród pieniężnych autorom i autorkom narodowości polskiej za samodzielne prace o rzeczywistej wartości naukowej z zakresu nauk przyrodniczych i lekarskich (z wyjątkiem prac ze ścisłej matematyki), napisane w języku polskim; b) na opędzanie kosztów wydania takichże prac z tego samego zakresu, przedłożonych w rękopisie i uznanych za odpowiednie. Według § 8. tejże uchwały wysokość nagród wynosić może od 1.000 do 3.000 kor. (zob. Rocznik Akad. Umiejętności w Krakowie, rok 1906/7, Kraków, 1907 str. 166). Dyrektor Wydz. mat.-przyr. E. Janczewski. Sekretarz Wydz. mat.-przyr. Wład. Natanson«.

— »Słownik techniczny«, wydawany z ramienia Towarzystw technicznych przez Prof. Stadtmüllera, wyjdzie z druku w r. b. — Zawierając słownictwo z zakresu ogrzewania, oświetlania, wentylacyi i innych zakresów sanitarno-technicznych, będzie słownik ten pożytecznym także dla lekarzy higienistów, stykających się z temi sprawami.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. I. do 20. I, 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 2, ospy wietrznej 2, płonicy 11 † 3, odry 10 † 1, duru brzusznego 3 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 11. I. 1912 przedstawił m. i. p. J. Tur pracę własną p. t. »Badania nad anomaliami jajnika ssaków«.

— Dr Otton Hewelke mianowany został lekarzem naczelnym szpitala wolskiego.

— Szpital położniczy im. św. Zofii przy ul. Żelaznej, powstały z inicyatywy i za staraniem Dr St. Zaborowskiego z daru pp. Goldstandów i funduszów miejskich, otwarto 21. I. r. b.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze urządza szereg odczytów o zapobieganiu gruźlicy dla sfer robotniczych; prelegentami będą Drzy: Rzepko, Tylicka, Bączkiewicz, Hewelke, Knappe, Roszkowski, Szmurło, W. Sterling i Chodecki (Med. i Kron. lek. 3). W r. z., uzyskawszy liczniejszych członków i większe fundusze (z »dnia kwiatowego« 15.390 rub.), rozszerzyło Towarzystwo swą działalność. Oprócz przychodni (dyspensatoryum), istniejącej przy szpitalu św. Ducha, która udzieliła 958 porad, przeprowadziła 420 odwiedzin mieszkań chorych i 12 desynfekcyi i t. p., urządzono przychodnię dla dzieci przy instytucie higieny dziecięcej im. Lenvala; w sanatoryum w Rudce opłacać będzie Towarzystwo zamiast jednego — dwa miejsca. Majątek Towarzystwa doszedł 25.918 rub. — Na r. b. wybrano prezesem Towarzystwa ponownie Dr Alfreda Sokołowskiego, sekretarzami Dr W. Chodeckiego i Dr Szmurłlę; z lekarzy wybrano prócz tych do Rady Towarzystwa Dr Józefa Jaworskiego.

— Paulina Baumanowa zapisała testamentem na cele filantropijne 236.000 rubli, m. i. 50.000 na szpital dziecięcy im. Bersonów i Baumanów, a 10.000 na szpital żydowski na Czystem.

— Dzienniki donoszą, że od dłuższego czasu wakuje posada lekarza miejskiego w m. Biłgoraju (500 rub. rocznie) i w os. Krzeszowie w powiecie biłgorajskim (600 rub.); w kilkomilowym promieniu tych miejscowości niema lekarzy.

Z różnych stron. Państwowy Związek organizacyi lekarskich austr. prosi nas o ogłoszenie, że we środę dn. 7. lutego odbędą się w Wiedniu wykłady zaproszonych w tym celu Dr Scholla z Monachium i Streffera z Lipska »o wolnym wyborze lekarza«.

— Życiorys i charakterystykę ś. p. Prof. E. Biernackiego, skreślone przez Dr S. Ebla, zamieszcza »Wiener medizinische Wochenschrift« (Nr 4).

— Miejska komisya budżetowa we Lwowie wyznaczyła na r. 1912 na służbę zdrowia 257.417 kor., przyczem uchwaliła wnioski o przyśpieszenie reorganizacyi służby zdrowia, o poczynienie kroków w celu wyjednania ustawy epidemicznej, o przyspieszenie budowy zakładu desynfekcyjnego i domu izolacyjnego i o stworzenie własnej kasy chorych dla służby i robotników miejskich.

— Dochody wiedeńskiego Towarzystwa ratunkowego w r. 1910 wyniosły 357.580 koron, rozchody 233.495 kor. x.

— Zarząd Towarzystwa »Domu lekarskiego« (Aerzteheim) w Maryenbadzie prosi nas o podanie do wiadomości kolegów warunków korzystania z »Domu«, które są następujące: Każdy członek rzeczywisty Towarzystwa (t. j. lekarz, opłacający najmniej 5 K rocznej wkładki) ma prawo przemieszkiwać w »Domu« przez 4 tygodnie za opłatą na utrzymanie i administracyę »Domu« w kwocie 7 K tygodniowo. W miarę miejsca, za taką samą opłatą, mogą być do »Domu« przyjęte żony lekarzy, towarzyszące mężom; inni członkowie rodziny nie mają tego prawa. Miejsca w »Domu« rozdaje się według kolei zgłoszeń. Mieszkańcy »Domu« są uwolnieni od taksy zdrojowej, mają bezpłatne kąpiele, 10% opust w 2 restauracyach i 50% opust w teatrze.

»Dom lekarski« w Maryenbadzie otwarto 28. VI. 1911 r. O pomieszczenie zgłosiło się 77 kolegów; pomieścić zdołano 32 lekarzy (z żonami 18), z nich 12 z Austryi, 9 z Węgier, 11 z Niemiec. Koszt budowy wyniósł 126.525 K; do pokrycia kosztów brak jeszcze 21.443 K, i dlatego Zarząd Towarzystwa prosi kolegów o dalsze ofiary pod adresem: »Vorstand des Vereines zur Erhaltung des ärztlichen Erholungsheimes »Aerzteheim« in Marienbad: Dr Horowitz, Kassier«.

— Austryacki zarząd wojskowy ma zamiar celem polepszenia stosunków awansowych lekarzy wojskowych powiększyć etat o 28 miejsc starszych lekarzy sztabowych I klasy, o 80 II klasy i o 192 miejsc zwykłych lekarzy sztabowych. Natomiast ulegnie zmniejszeniu etat lekarzy pułkowych i niższych. x.

— »Austryackie Towarzystwo pielęgnowania zdrowia« obradowało niedawno nad sprawą higieny szkolnej. Przedewszystkiem debatowano nad uświadamianiem płciowem młodzieży. Nauczyciel Fluchor podał projekt, by czynić to przy nauczaniu historyi naturalnej, a oprócz tego, by lekarze pouczali kończących szkołę uczniów, względnie, by odbywali z rodzicami konferencye. Prof. Guttmann wyraził życzenie, by na Zjazdach uchwalić ogólny schemat metod badania dzieci szkolnych, gdyż tylko wtedy porównawcze statystyki mogą mieć wartość. Pani Fluchor podnosiła, że należałoby wprowadzić cenzurę z czystości ciała, a dbać o nią i kontrolować mogłyby najlepiej kobiety ew. t. zw. siostry szkolne. Klęsk.

— »Codex alimentarius austriacus«, t. j. bardzo pożyteczny podręcznik badania środków spożywczych i sposobów ich przechowywania wydało austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych. Tom pierwszy, który już wyszedł z druku, omawia następujące artykuły spożywcze: zboża, jarzyny, owoce, pieczywo, trunki, kawę, herbatę, kakao i cukry. x.

— Niemiecki Komitet podróży naukowo-lekarskich urządza w r. 1912 podróż do Ameryki. Wyjazd z Hamburga nastąpi 7. lub 8. września, przyjazd do NYorku 17. lub 18. września. Wycieczka obejmie NYork, Philadelphię, Atlantic City, Baltimore, Washington, Chicago, Niagarę, przejazd przez jezioro Ontario, Montreal, Boston, podróż rz. Hudson i połączona będzie z udziałem w międzynarodowym Zjeździe higienicznym. Powrót do Hamburga około 20 października. Koszt podróży z utrzymaniem wyniesie 1.700 do 2.500 marek (zależnie od położenia kajuty). Zgłaszać się można najdalej do 15 lipca b. r. Dokładniejszych wiadomości udziela »Deutsches Zentralkomitee für Ärztliche Studienreisen«, Berlin, Potsdamerstrasse 134B.

— Lekarze w Ameryce, badający wychodźców przybyłych z Europy, bardzo często nie wpuszczali do Stanów Zjedn. przybyszów, nie cierpiących wcale na jaglicę. Z tego powodu obecnie postanowiono, by te badania przeprowadzali jedynie wprawni fachowo okuliści, było to bowiem krzywdą, gdy przez pomyłkę lekarza odsyłano zdrowych z powrotem do Europy. x.

— Do miesienia używają w Japonii, a obecnie i w Paryżu, ociemniałych, a to na zasadzie doświadczenia, że czucie u ciemnych jest znacznie lepiej rozwinięte, niż u zdrowych, przez co ciemni o wiele lepiej wykonują miesienie. x.

— Wydział lekarski w Genui postanowił bojkotować farmaceutyczne przetwory niemieckie z powodu artykułów w niemieckich czasopismach przeciwko włoskim lekarzom wojskowym. Dzienniki włoskie nawołują do ogólnego bojkotu lekarskiego Niemiec. x.

— W armii Stanów Zjednoczonych wprowadzono obowiązkowe ochronne szczepienia przeciwdurowe dla żołnierzy i oficerów, którzy nie przekroczyli 45. roku życia. x.

— W Hadze odbyła się konferencya »opiowa«, mająca na celu walkę z zatruwaniem się makowcem. Postanowiono wprowadzić ograniczenia co do wysyłania większych ilości makowca osobom prywatnym i t. p. x.

— W sprawie wprowadzenia ścisłego egzaminu dla dozorców i dozorczyń chorych zaznacza Izba lekarska Bawaryi górnej, że w Prusiech istnieje już egzamin państwowy dla osób pielęgnujących i okazał się on bardzo potrzebnym. Zapobiega on temu, że w gazetach, księgach adresowych i t. p. polecają się osoby, zupełnie do pielęgnowania chorych niezdatne, posiadające nieraz jedynie wątpliwe co do wiarogodności świadectwa, Klęsk.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we **środę 31. stycznia 1912 w klinice chorób wewnętrznych.** Na porządku dziennym: 1) Przedstawienie chorych: Prof. Jaworski, Doc. Latkowski i Dr Wachtel. 2) Prof. Jaworski: Ostatnie modyfikacye badania fizycznego chorych.

Prezydyum Towarzystwa uprasza o liczny udział w posiedzeniach.